Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentl. in Nummern von mindestens 3—4 Bogen. Preis vierteljährl. 6 ℳ, unter Band nach dem Ausland ℳ 7.50 im Voraus zahlbar. Einzelne No. 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu addressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Heustr. 20. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 49. 6. December 1898

Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1.
Verlag: J. F. Lehmann, Heustrasse 20.

45. Jahrgang.

Originalien.

Fortsetzung der Orthoformarbeiten.

Von Prof. Dr. *A. Einhorn* in München und Privatdocent Dr. *R. Heinz* in Erlangen.

Die vollständige und lang andauernde Anaesthesie, welche sowohl das «Orthoform» als das «Orthoform neu» bei blossliegenden Nervenendigungen zu erzeugen vermögen, liess es wünschenswerth erscheinen, diese sehr schwer löslichen Basen in eine leicht lösliche Form überzuführen, die es gestatten würde, von der Daueranaesthesie der Präparate auch bei subcutanen Injectionen Gebrauch zu machen.

Wir haben in unserer ersten Mittheilung schon erwähnt, dass das Orthoform — das Gleiche gilt vom «Orthoform neu» — mit Salzsäure ein gut krystallisirendes Salz bildet, welches sich in Wasser leicht auflöst, und dass diese Solution ebenso gut wie die freie Orthoformbase anaesthesirt, aber trotzdem zu subcutanen Injectionen doch nicht geeignet ist, da sie stark sauer reagirt und in Folge dessen heftige Reizerscheinungen und Oedeme verursacht.

Einige Autoren, z. B. Hirschbruch[1]) und Loeb[2]), sind daher dazu übergegangen, die freie Orthoformbase in wässriger Suspension oder mit Paraffin vermischt subcutan bei schmerzhaften Affectionen oder zur Ausführung kleinerer Operationen zu injiciren.

Nachdem wir uns zunächst überzeugt hatten, dass sämmtliche Orthoformsalze in wässriger Lösung saure Reaction besitzen, und daher unverwendbar sind, leiteten uns bei der Fortsetzung unserer Versuche folgende Gesichtspunkte:

Die anaesthesirende Wirkung des Cocains $C_6H_5-CO-C_8H_{13}NO-COOCH_3$ wird durch 3 Factoren, die Benzoylgruppe C_6H_5-CO und Carboxymethylgruppe $COOCH_3$ und den basischen Complex $C_8H_{13}NO$ bedingt, welch' letzterer auch die Salzbildung vermittelt, und dessen Constitution zur Hervorbringung der anaesthesirenden Wirkung des Alkaloids offenbar nur von untergeordneter Bedeutung ist.

Zu dieser Ansicht gelangten wir durch das reiche experimentelle Material, welches wir in unserer ersten Orthoformarbeit[3]) niedergelegt haben.

Stellt man die einfachste Verbindung, welche die Benzoyl- und die Carboxymethylgruppe enthält, den bekannten Benzoesäuremethylester $C_6H_5-COOCH_3$ her, der, wenn auch nur schwach, das Empfindungsvermögen herabzusetzen vermag und führt in dessen Benzolkern, sei es in o. m. oder p.-Stellung eine Amidogruppe ein, so erhält man die mehr oder minder stark anaesthesirenden Amidobenzoesäureester[4]) $C_6H_4\begin{cases}NH_2\\COOCH_3,\end{cases}$ die man im gewissen Sinne als eine Art Cocaine auffassen kann, in welchen der basische Complex $C_8H_{13}NO$ durch die Amidogruppe NH_2 ersetzt ist. Durch Einführung des antiseptisch wirkenden phenolischen Hydroxylgruppe in die Amidobenzoesäureester entstehen die Oxyamidobenzoesäureester $C_6H_3\begin{cases}NH_2\\OH\\COOCH_3,\end{cases}$ unter welchen sich ganz ungiftige Substanzen, wie das «Orthoform» und «Orthoform neu» befinden, welche in sich die Eigenschaften eines guten Antisepticums und Anaestheticums vereinen.

War unsere Ansicht richtig, dass die Natur der basischen Atomgruppe der in Betracht kommenden Verbindungen auf das Anaesthesirungsvermögen nur von secundärer Bedeutung ist, so musste es gelingen an Stelle der Amidogruppe, welche in den Amido- und Oxyamidoestern der aromatischen Reihe durch die Gegenwart der negativen Atomgruppen stark abgeschwächt wird, andere stark basische Atomcomplexe einzuführen, ohne damit das Anaesthesirungsvermögen der Substanzen wesentlich zu beeinträchtigen.

Von solchen stärker basischen Verbindungen war vorauszusehen, dass sie mit Mineralsäuren neutral reagirende Salze bilden und sich daher zu subcutanen Injectionen verwenden lazsen würden.

Wir wollen hier die vielen, recht oft auch vergeblichen Versuche, welche wir zur Erreichung unseres Zweckes theilweise in Gemeinschaft mit Herrn Max Oppenheimer angestellt haben und über die im Zusammenhang an anderer Stelle berichtet werden soll, übergehen und gleich mittheilen, dass wir in den alkylsubstituirten Glycocollverbindungen, namentlich in den Diaethylglycocollverbindungen der aromatischen Amido- und Oxyamidoester stark basische Substanzen aufgefunden haben, deren Salze wirklich neutral reagiren und mehr oder minder intensiv und andauernd anaesthesiren.

Als geeignetste Verbindung erwies sich nach eingehenden Untersuchungen der salzsaure Diaethylglycocoll-p-Amido-o-Oxybenzoesäuremethylester $HCl \cdot (C_2H_5)_2 = N-CH_2-CO-HN-C_6H_3(OH)(COOCH_3)$.

Derselbe krystalisirt aus absolutem Alkohol in weissen Prismen vom Schmelzpunkt 185 °, gibt mit Eisenchlorid eine violette Farbenreaction und löst sich in Wasser sehr leicht auf.

Diese Lösungen reagiren neutral. 5 proc. Lösung, in's Auge gebracht, erzeugt nach einiger Zeit völlige Anaesthesie. Die Conjunctiva wird — vorübergehend — gereizt. Auf weniger empfindliche Schleimhäute hingegen wirkt 5 proc. Lösung durchaus nicht irritirend, gleichzeitig wird aber keine so tiefgehende Anaesthesie erreicht, die es erlaubt, in den darunter befindlichen Geweben schmerzlos zu operiren. Die Anaesthesie ist dagegen eine vollkommene und langanhaltende, sowie das Präparat mit blossliegenden Nervenenden in Berührung kommt, d. h. wenn es subcutan injicirt wird oder auf Wunden oder Geschwüre gebracht wird. In dieser Eigenschaft zeigt es seine enge Verwandtschaft mit dem Orthoform, das ja ebenfalls nur dann sensible Nerven lähmt,

[1]) Berl. klin. Wochenschrift 1897, No. 51.
[2]) Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898, No. 27.
[3]) Münchener med. Wochenschrift 1897, No. 34.
[4]) Der am besten anaesthesirende dieser Ester, der p-Amido benzoesäureaethylester stellt — im Gegensatz zu den Orthoformen — ein Blutgift dar, das schwere morphologische Veränderungen der rothen Blutkörperchen hervorruft, ganz ähnlich denjenigen, die für Phenylhydrazin bezw. Phenylhydroxylamin charakteristisch sind.

wenn es direct mit denselben in Berührung kommt, dann aber eine langdauernde Anaesthesie hervorruft. Mit dem Orthoform theilt die neue Verbindung eine zweite Eigenschaft: die geringe Giftigkeit. Sie ist zwar nicht so absolut unschädlich wie das Orthoform, von dem von einzelnen Patienten bis zu mehreren Kilogramm ohne jeden Schaden verbraucht worden ist; aber verglichen mit den bekannten löslichen Anaestheticis ist sie ein relativ ungefährliches Mittel. Sie ist nach Thierversuchen ca. 10 mal weniger giftig als Cocain. Von letzterem beträgt die Maximaldosis für den Erwachsenen 0,05 g; von unserer Substanz sind 0,5 g ohne Schaden injicirt worden. Vor dem Cocain hat letztere einen weiteren Vortheil, nämlich kräftige antiseptische Wirkung: 1 proc. Lösung hebt jegliches Bacterienwachsthum, Gährung und Fäulniss, vollständig auf. Ein dritter Vorzug ist die langandauernde Wirkung. Während bei Cocain die Anaesthesie rasch vorübergeht, hält die Lähmung der sensiblen Nervenenden bei unserer Verbindung ähnlich wie beim Orthoform noch nach erfolgter Entfernung oder Resorption des Mittels an.

Das neue Anaestheticum wird nach dem Gesagten mit dem Cocain, wo es auf tiefgehende Anaesthesie von Schleimhäuten ankommt, nicht concurriren können; also bei Operationen im Nasen- und Rachenraum. Das normale Auge reizt es zu stark. Dagegen kann es bei Verletzungen und Geschwüren des Auges zweckmässig mit Cocain combinirt werden, weil man dadurch das Auge auf lange Zeit anaesthetisch zu halten vermag.

Die Hauptanwendung findet unser Präparat vermöge seiner geringen Giftigkeit, seiner langanhaltenden Wirkung und seiner antiseptischen Wirkung als subdermatische bezw. endermatische Injection zur Herbeiführung regionärer Anaesthesie für chirurgische Operationen. In dieser Richtung sind zahlreiche Versuche in Kliniken und Privatanstalten, besonders in der chirurgischen Poliklinik des Herrn Professor Klaussner in München von Herrn Dr. Luxenburger ausgeführt worden. Zur Verwendung kam Anfangs die 5 proc. Lösung, während später 2 proc. Lösung als vollkommen ausreichend befunden wurde. Ebenso bewährte sich 0,2 bis 0,5 proc. Lösung für die Infiltrationsanaesthesie nach Schleich. Die Injection erfolgt ganz wie bei Cocain, bezw. wie bei Schleich'scher Flüssigkeit. Gefühlt wird nur der erste Einstich. Die Patienten zeigen keine Veränderungen an Puls, Athmung, Pupille und subjectivem Befinden. Mit unserem Präparat wurden vorgenommen Operationen von Atheromen, Lipomen, Panaritien etc.

Die Operationen sind stets ohne Störung verlaufen; Nachwehen haben sich nie eingestellt.

Die Verbindung ist des Weiteren in der Zahnheilkunde mit Erfolg angewandt worden. In 5 proc. bezw. 2 proc. Lösung neben den zu extrahirenden Zahn in's Periost injicirt, macht sie die Extraction schmerzlos. Die Ungiftigkeit des Mittels erlaubt, eine ganze Reihe von Zähnen in einer Sitzung zu ziehen, was man sich mit Cocain kaum gestatten dürfte.

Das Präparat ist weiterhin verwendet worden, um schmerzhafte Wunden und Geschwüre zu anaesthesiren. Tuberculöse Geschwüre werden damit auf 5—10 Stunden schmerzlos gemacht.

In der dermatologischen Praxis hat man es angewendet, um Aetzungen von Wundflächen schmerzlos vornehmen zu können.

Schliesslich ist es auch zur Localbehandlung von Neuralgien subcutan injicirt worden.

Eingehendere Mittheilungen über die praktische Verwendung des neuen Anaestheticums werden von Seiten der einzelnen Untersucher in nächster Zeit gemacht werden[2]).

München und Erlangen, den 21. November 1898.

[2]) Der salzsaure Diaethylglycocoll-p-Amido-o-Oxybenzoesäuremethylester wird von den «Farbwerken, vormals Meister Lucius und Brüning» in Höchst a. M. dargestellt und unter dem Namen «Nirvanin» in den Handel gebracht.

Ueber die Anwendung einer neuen Methode der Untersuchung bei nervösen Erkrankungen nach Unfall.*)

Von Dr. med. *Heinrich Röder*, ehem. Volontärassistenten der Universitäts-Irrenklinik zu Heidelberg, Arzt in Elberfeld.

Die Bedeutung nervöser Störungen nach Unfällen für die Erwerbsbeschränkung und die Häufigkeit ungerechtfertigter Ansprüche auf Grund derselben wird von den Autoren sehr verschieden beurtheilt.

In der Praxis tritt dieses Fehlen einer einheitlichen Anschauung sehr störend zu Tage, und wir sehen häufig, dass sich der Laie als Richter in den verschiedenen Instanzen nicht der ärztlichen Meinung anschliesst.

Der Grund für diese Differenzen liegt einmal in dem Wesen solcher Zustände, dann aber auch darin, dass thatsächlich manchmal selbst nervöse Störungen stärkerer Art schwer nachweisbar sind.

Die Grenzen des Werthes und der Anwendbarkeit der bisher angegebenen Untersuchungsmethoden sind Ihnen so gut bekannt wie die Methoden selbst; bei schwierigen Fällen ist nur ein längerer Krankenhausaufenthalt und die Unterstützung zuverlässigen Personals im Stande, den Arzt ein sicheres Urtheil darüber fällen zu lassen, ob der Zustand des Verletzten seinen Angaben entspricht.

In einem Falle von nervöser Erkrankung nach Unfall, der körperlich fast negativen Befund hatte, und der aus äusseren Gründen nicht der Krankenhausbeobachtung unterzogen werden konnte, wandte in der Heidelberger Universitäts-Irrenklinik Dr. Gross zur Untersuchung unter anderen die Methoden an, die in dem psychophysischen Laboratorium Kraepelin's sonst zum Experimentiren benutzt werden.

Die hauptsächlichen Klagen dieses Patienten bezogen sich auf verminderte Leistung in seinem Geschäft und auf schnelleres Müdewerden bei seiner Thätigkeit.

Um die Richtigkeit dieser Angaben festzustellen, wandte Gross[1]) neben anderen Methoden die an, dass er einfache rechnerische Aufgaben: Addiren, Subtrahiren und Zählen ausführen liess und zwar an mehreren Tagen hintereinander.

Es stellte sich dabei heraus, dass die Leistungen, also die Summe der Additionen in einer bestimmten Zeit und die zum Subtrahiren und Zählen bestimmter Zahlenfolgen nöthige Zeit an allen Tagen untereinander grosse Uebereinstimmung zeigten, und dass die Leistungen besser wurden.

Diese Verbesserung ist der Ausdruck einer gesetzmässigen Erscheinung der Uebungsfähigkeit. Die Gleichmässigkeit der Arbeit und die Anfangs rasche, dann langsamere Steigerung der Leistung, die eine vollkommene Uebereinstimmung mit dem sonst bekannten Gange des Uebungszuwachses aufwies, sprachen für die Wahrheitsliebe des Mannes, die auch aus anderen Gründen nicht angezweifelt worden war.

Verglich man die Gesammtleistung des Mannes mit der eines Gesunden derselben socialen Stellung, so ergab sich, dass dieselbe eine auffallend niedere war, und dass schon zu einer Zeit, in welcher ein gesunder Mensch noch keine Verminderung seiner Leistung als Ausdruck seiner Ermüdung zeigt, eine solche deutlich hervortrat.

Die Prüfung bestätigte also die Angaben des Mannes: Er leiste wenig und ermüde rasch.

Mir schien diese Erfahrung in hohem Maasse der Nachprüfung werth, um festzustellen, wie weit zunächst diese Erscheinung der erhöhten Ermüdbarkeit bei verringerter Leistungsfähigkeit eine regelmässige ist, dann, wie weit die Prüfung allgemein anwendbar ist, und schliesslich, um zu sehen, ob es möglich ist, absichtlich derartige Leistungen darzustellen, so etwa, wie es möglich ist, richtige Krankheitsbilder auswendig zu lernen und sie dem Arzte vorzuklagen.

*) Vortrag, gehalten in der neurologischen Section der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Düsseldorf am 21. September 1898.

[1]) Die Ergebnisse dieser Untersuchung wird Gross in Kraepelin's «Psychologischen Arbeiten» veröffentlichen.

Sollte die Methode allgemein anwendbar sein, so durfte man nur Aufgaben wählen, die einen möglichst geringen Apparat erfordern, und die Aufgaben mussten so leicht sein, dass Niemand sich ihrer Lösung entziehen kann unter der Behauptung, er könne sie nicht leisten.

Ich beschränkte mich desshalb auf die genannten rechnerischen Aufgaben, bei denen also einfache psychomotorische und associative Vorgänge beobachtet werden.

Die Hilfsmittel, die ich verwandte, bestehen in Heften, in denen einstellige Zahlen in Reihen untereinander gedruckt sind[2]), die ich addiren liess, und in einer Fünftelsecundenuhr zur Beobachtung der Zeiten. Man kann dazu eine gewöhnliche Sportuhr verwenden.

Die Aufgaben, die ich ausführen liess, waren: Laut, möglichst rasch von 1—100 und von 100—1 zu zählen, dann in den Heften eine halbe Stunde lang schriftlich je zwei einstellige Zahlen zu addiren, darauf fortlaufend 7 von 100 bis auf 2 herab abzuziehen und schliesslich, die Zählungen zu wiederholen.

Den Wechsel und die Wiederholung der Aufgaben wählte ich, um für den Untersuchten die Uebersicht zu erschweren und um Vergleichsmaterial nicht bloss für die verschiedenen Tage, sondern auch vom gleichen Tage zu gewinnen.

Die Untersuchungen wurden unter möglichst gleichen Bedingungen, meist an vier oder auch mehr auf einander folgenden Tagen ausgeführt.

Dem freundlichen Interesse des Herrn Professor Dr. Hofmann in Heidelberg verdanke ich zunächst Gelegenheit zum Untersuchen zweier von ihm selbst lange Zeit beobachteter einwandfreier Fälle. Dann untersuchte ich Patienten aus dem Unfallkrankenhause des Herrn Privatdocenten Dr. Vulpius und noch zwei als unglaubwürdig hingestellte Unfallverletzte, die mir ein Bureau der Berufsgenossenschaften in Mannheim überliess.

Mit sechs Controluntersuchungen verfüge ich so über dreizehn Fälle, und die gewonnenen Resultate scheinen mir werth zu sein, Ihrer Beurtheilung und Nachprüfung unterbreitet zu werden.

Von meinen sieben Unfallverletzten musste ich zunächst auf Grund des Ergebnisses dieser psychophysischen Methode einen Fall ausscheiden, der von anderer Seite bis dahin als Neurose betrachtet war.

Es fand sich dann bei ihm als Ursache seines schlechten Allgemeinbefindens chronischer Magenkatarrh in Folge von völligem Zahnmangel.

Bei einem zweiten Fall konnte ich eine einfache Neurose auch nicht bestätigen.

Die körperliche Untersuchung ergab Pulsbeschleunigung bei Bewegungen, die ich nicht bestimmt deuten konnte. Der Mann ist 53 Jahr alt, hat Lues überstanden und zeigte deutliche Arteriosklerose. Er ist bereits seit 1886, zwei Jahre nach seinem Unfall, pensionirt.

Ich musste in diesem Falle die Frage, ob eine reine Neurose vorliegt, offen lassen.

Prüft man die gewonnenen Zahlen bei den verbleibenden fünf Kranken, so zeigen sie weitgehende Uebereinstimmung ihrer Leistung sowohl untereinander, wie mit denen des Gross'schen Patienten.

Von allen Einzelheiten abgesehen, sind die Resultate folgende:

Das Zählen erfordert verhältnissmässig grosse Zeit. In der halben Stunde werden wenig Additionen gerechnet und zwar zunehmend weniger, und schliesslich geschieht auch die Subtraction, fortlaufend 7 von 100, langsam und nicht immer richtig.

Nach der grösseren Anstrengung des Addirens werden die an und für sich schon grossen Zeiten für das einfache Zählen noch grösser.

Alle diese Leistungen bessern sich mit der Wiederholung.

Wir sehen also, dass bei diesen fünf Unfallkranken geringe Leistung und grosse Ermüdbarkeit nachweisbar ist.

Es ist nun die Frage, zu untersuchen, ob man im Stande ist, die beschriebenen Leistungen nachzuahmen, wenn man genau weiss, dass eine Erschöpfung diese Erscheinungen regelmässig zur Folge hat.

[2]) Käuflich in der Universitätsbuchdruckerei Hörning in Heidelberg.

Den Controluntersuchungen unterzogen sich nun zunächst Herren, die einerseits mit den Resultaten von Gross, andererseits mit den Prüfungsmethoden durch vielfaches eigenes Experimentiren vollständig vertraut waren.

Ihnen gelang es ziemlich gut, sich als erschöpfbar hinzustellen und durch täglich bessere Leistungen den Uebungszuwachs zu markiren.

Vergleicht man aber bei ihnen die Differenzen zwischen Anfangs- und Endleistung, so ergibt sich, dass sie trotz aller Bemühungen nicht das richtige Verhältniss gefunden haben. Der Procentsatz der Verschlechterung betrug bei ihnen 150 und 66 Proc. gegen 15—33 Proc. bei schwer kranken Leuten: sie hatten also deutlich übertrieben.

(Demonstration eines Diagrammes nach dem viertägigen Durchschnitt der Leistungen eines Kranken und einer Controlperson im Addiren und Zählen.)

Als zweite Gruppe stellten sich mir zwei Aerzte zur Verfügung, denen nur das klinische Bild der Erkrankung, nicht aber die Methode der Untersuchung geläufig war. Beide überlegten sich vorher den Weg, den sie einschlagen wollten, um die Täuschung glaubwürdig durchzuführen.

Diesen Herren gelang bloss, bei dem einen Theil der Aufgaben, dem Addiren, die Ermüdung zu zeigen, nicht beim Subtrahiren und beim Zählen.

Dann wählte ich mir aus dem Personal der Irrenklinik zwei völlig gesunde, willige und intelligente Leute aus. Diesen beschrieb ich möglichst eingehend, sie sollten einen Mann darstellen, der eine Rente zu erlangen sucht unter der Behauptung, er könne wenig leisten und ermüde rasch.

Dass sie mich verstanden hatten, zeigte das der vorigen Gruppe fast gleiche Resultat.

Während also die erste Gruppe, die mit der Methode und deren Resultaten vertrauten Aerzte, die Ermüdbarkeit nachzuahmen im Stande war, vermochte die zweite und dritte Gruppe, worunter sich auch Aerzte befanden, diese nicht gleichmässig vorzutäuschen und an den Controluntersuchten von allen drei Gruppen konnte man aus dem Missverhältniss gewisser Lösungen bestimmt nachweisen, dass sie zu täuschen versucht hatten.

An den beiden letzten Gruppen liess sich ferner beobachten, dass die Höhe des geforderten Arbeitspensums wohl im Allgemeinen richtig gewählt war, denn bei den Versuchspersonen dieser Gruppe zeigte sich deutlich Ermüdung und zwar in Form von unbestimmten Allgemeingefühlen wie Abspannung, und von Druckgefühl im Kopf und Müdigkeit im Arm, die am ersten Tage sogar noch einige Zeit anhielt.

Die berichteten Versuche waren meine ersten, und ich bestreite nicht, dass die Anordnung der Versuche im Einzelnen noch der Verbesserung fähig ist.

Nichtsdestoweniger kann die Methode schon jetzt als anwendbar bezeichnet werden. Mit allgemeinerer Anwendung ergeben sich dann die Verbesserungen von selbst[3]).

Ohne Weiteres muss zugegeben werden, dass die Zahl der Untersuchungen, die ich aus äusseren Gründen jetzt nicht fortführen konnte, eine kleine ist.

Ich fand aber trotz der Verschiedenheit des Materials nach Alter, nach der Zeit, die nach dem Unfall verstrichen, und nach der verbliebenen Arbeitsfähigkeit, eine solche relative Uebereinstimmung des Ergebnisses, dass ich nicht anstehe, die Methode[4]) als eine brauchbare Bereicherung für die Untersuchung Unfallkranker zu bezeichnen.

Ein grosser Vorzug ist, dass sie überall angewandt werden kann, und weiterhin, was mir auch sehr wichtig erscheint, dass sie vorzügliche Gelegenheit darbietet zu unbemerktem Beobachten,

[3]) Unter dem Experimentiren hat sich mir als empfehlenswerth herausgestellt, die Subtractionsaufgabe auch vor dem Addiren schon ausführen zu lassen, und diese, sowie die Zählaufgabe bei jedem Untersuchten an einer anderen Zahl beginnen zu lassen.

[4]) Es bedarf wohl kaum eines ausdrücklichen Hinweises auf die Nothwendigkeit, die in Betracht kommenden Arbeitsmethoden vorher gründlich in den bisher darüber erschienenen Veröffentlichungen zu studiren. Die Fehlerquellen sind, wie bei allen psychologischen Methoden, zahlreich und nur für den Sachkundigen einigermaassen zu vermeiden.

ob die etwa geklagten Erscheinungen, wie Zittern, Schwitzen, Herzklopfen wirklich beim Arbeiten eintreten.

Ich konnte bei mehreren meiner Fälle derartige Störungen beobachten, ohne dass der Kranke dieselben auch nur mit einem Worte erwähnt hatte.

Ebenso können die Angaben über die Empfindungen während und nach dem Experimentiren zur Controle verwerthet werden.

Ich hatte bei Beginn der Untersuchungen gefürchtet, von Seiten der Unfallverletzten, deren Rentenansprüche ja bei Allen noch nicht dauernd geregelt waren, einem Misstrauen gegen dieses ihnen doch völlig ungewohnte Arbeiten zu begegnen. Ich fand jedoch nicht nur bei den Leuten, deren Hauptergebnisse ich oben beschrieben habe, sondern auch bei drei anderen Unfallverletzten, die ich dann wegen nachweisbar organischer Erkrankung des Centralnervensystems ausschied, ein so bereitwilliges, ich möchte sagen freudig dankbares Eingehen auf die «neue Untersuchung», dass ich auch geneigt bin, den «guten Willen» bei der Beurtheilung zu verwerthen.

So einfach und ergebnissreich das Verfahren ist, es erfordert, wie Alles, ein Vertrautsein mit der Anwendung, und eine Beurtheilung der Resultate darf nur nach genauester Prüfung und unter Berücksichtigung der unter dem Experimentiren gemachten Beobachtungen erfolgen.

Andererseits darf nicht zu leicht auf Krankheit geschlossen werden. Die Untersuchungen an Gesunden haben gezeigt, dass auch bei ihnen Erscheinungen auftreten, die man zunächst nicht erwarten sollte. Ich beobachtete bei ihnen Pulsbeschleunigung leichten Grades, Rothwerden und motorische Unruhe. Ferner kamen auch bei ihnen unbeabsichtigte Rechenfehler am Schluss der Arbeit vor.

Aber wenn man das Gesammtbild der Arbeit, ihre Leistung und ihren Ablauf betrachtet, so bestehen grosse Unterschiede zwischen Gesunden und den bisher untersuchten Kranken.

Ich glaube, behaupten zu können, dass, zumal in schwierigen Fällen, diese Methode die Beobachtung im Krankenhaus erleichtern und abkürzen kann und das Urtheil in dem einen oder anderen Sinne zu gestalten hilft[5]).

Endoskopie für Speiseröhre und Magen.

II. Theil[1]).

Gegliedertes, winklig streckbares Gastroskop mit rotirbarem Sehprisma.[2])

Von Dr. *Georg Kelling* in Dresden.

Die Gastroskopie[3]) hat sich bis jetzt bei den Klinikern noch kein Interesse erwerben können. So äusserte z. B. Ewald in einer Discussion über dieses Thema in der Berliner medicinischen Gesellschaft (Berl. klin. Wochenschrift 1896, 11, 239): «Wir können durch Palpation, wir können durch Untersuchung des Chemismus etc., eine sehr gute und meist ausreichende Vorstellung von den Verhältnissen, wie sie im Innern des Magens statthaben, gewinnen, und wir sind einer immerhin doch gefährlichen — oder ich will sagen, nicht ganz ungefährlichen — Methode nicht bedürftig». Mit demselben Rechte könnte man auch behaupten, dass wir der Probelaparotomie bei Magenkrankheiten nicht bedürften, denn diese ist auch eine «nicht ganz ungefährliche Methode». Thatsächlich steht aber die Sache doch so, dass wir den Beginn des Magenkrebses keineswegs mit den gewöhnlichen Hilfsmitteln diagnosticiren können. Wir können darüber, ob ein bestehendes Magengeschwür krebsig degenerirt ist, mit Sicherheit nichts aussagen. Wer sich hier auf den Chemismus verlässt, der wird thatsächlich sich häufig enttäuscht sehen.

Die Differentialdiagnose zwischen chronischem Katarrh und Krebs ist in vielen Fällen nicht zu stellen. Dasselbe gilt auch von der Unterscheidung der organischen Magenkrankheiten, von den Neurosen. Unsere gewöhnlichen Hilfsmittel reichen eben nur bei fortgeschrittenen Fällen zur Stellung der Diagnose aus.

Wir können also wohl kaum behaupten, dass unsere Diagnostik eine sehr gute Vorstellung von den Verhältnissen im Magen gibt und wir anderer Methoden nicht bedürfen. Im Gegentheil, wir bedürfen ganz dringend einer Methode, um die Frühdiagnose des Carcinoms zu ermöglichen oder mit Sicherheit Carcinom ausschliessen zu können. Darin befinde ich mich wohl im Einklange mit sämmtlichen auf diesem Gebiete bewanderten Chirurgen, welche alle der häufigeren Vornahme der Probelaparotomie das Wort reden.

Wir müssen also, um die Berechtigung der Gastroskopie zu prüfen, vorerst die Frage: «Probelaparotomie oder Gastroskopie» besprechen. Ich glaube diese Frage unparteiisch beantworten zu können, da ich ebensowohl eine Probelaparotomie mit event. nachfolgender Operation ausführe, wie die Gastroskopie. Eine Probelaparotomie ist zwar kein gefährlicher, aber doch keineswegs ein ganz gleichgiltiger Eingriff.

Erstens ist meist Narkose nöthig. Die Gefahr der Infection lässt sich gewiss sehr herabsetzen, dass man sie aber mit Sicherheit ganz vermeiden kann, lässt sich ehrlicher Weise nicht behaupten[4]). Haben doch unsere besten Krankenhäuser noch in 5 Proc. aseptischer Wunden Fadeneiterungen.

Die Bettruhe, die Erschwerung der Expectoration bringt viele Patienten in Gefahr der Pneumonie; dann können Hernien, Adhaesionen auftreten.

Wir wollen auch nicht verschweigen, dass viele Patienten nach der Probelaparotomie starke Schmerzen haben; man denke nur an die Anfälle von Erbrechen bei frischgenähten Bauchdecken. Die Unannehmlichkeiten der Gastroskopie lassen sich damit nicht vergleichen. Die allermeisten meiner Patienten, wenn sie nicht sehr empfindlich oder ängstlich waren, fanden die Untersuchung ganz gut erträglich.

Endlich spielen auch die äusseren Umstände keine unwesentliche Rolle. Es ist ein grosser Unterschied, ob ein Patient, bei dem man irrthümlicher Weise ein Carcinom vermuthet hat, nach einer Untersuchung, die etwa 5 Minuten dauert, völlig beruhigt spazieren gehen kann, oder 1—2 Wochen in klinischer Behandlung, grösstentheils im Bette sich aufhaltend, zubringen muss. Weiter frägt es sich: Was leistet die Probelaparotomie, was leistet die Gastroskopie?

Die Probelaparotomie hat den unleugbaren Vorzug, dass man durch sie die ausserhalb des Magens befindlichen Verhältnisse, als wie Verwachsungen, Drüsen, Metastasen und Anderes mehr erfährt. Erweist sich eine Operation als nöthig, so kann dieselbe sofort angeschlossen werden. Es ist also bis dahin Alles direct von Nutzen gewesen. Andererseits, wo eine Operation unthunlich ist, ist die Probelaparotomie ein directer Nachtheil für den Patienten. Uebersieht man nun dabei die ausserhalb des Magens befindlichen Verhältnisse gut, so erfährt man aber über die im Magen selbst befindlichen Krankheiten viel weniger.

So z. B. ist es meistens ganz unmöglich, auszusagen, ob der Patient ein Ulcus hat oder nicht. Ein Geschwür mit verdickter Wandung lässt sich von der Schleimhaut aus gesehen besser beurtheilen, als von der Serosa aus. Man erinnere ich nur daran, wie man bei der Resection durch nachheriges Betrachten der Tumormasse von der Schleimhaut aus erst ein Urtheil über die Form und Ausbreitung der Geschwulst gewinnt. Es ist auch wahrscheinlich, dass wir bei grösserer Erfahrung es besser lernen werden, aus Sitz und Form des Tumors einen Schluss auf seine Operabilitätschancen zu machen.

---

[5]) Die ausführliche Mittheilung wird in Kraepelin's Psychologischen Arbeiten erfolgen.

[1]) I. Theil. S. diese Wochenschrift 1897, No. 34.

[2]) Dieser Apparat (DRP.) ist im Interesse des Mechanikers Herrn Eugen Albrecht von diesem allein zu beziehen.

[3]) Mikulicz: Wien. med. Presse 1881, No. 45—50, 52.
„ Verhandlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie XI, 1882.
„ Wien. med. Wochenschr. 1883, No. 23, 24.
Morelli: Deutsche med. Wochenschr. 1894, No. 42, 814.
Rosenheim: Berlin. klin. Wochenschr. 1896, No. 13, 14.
„ Verhandlung deutscher Naturforscher und Aerzte. 68. Versammlung 1896, II. Bd., 2. Theil, p. 52.
Perl: Zeitschr. f. klin. Med. 29. Bd., p. 494.
Kelling: Boas' Archiv für Verdauungskrankheiten 1896, II. Bd., p. 321 u. 490.
„ Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden 1896—1897.
Rewidzoff: Berlin. klin. Wochenschr. 1897, No. 41.
Kuttner: Berlin. klin. Wochenschr. 1897, No. 42.

[4]) Vergl. 27. Chirurgen-Congress, S. 25, Heidenhain.

Wir können bei der Gastroskopie von innen aus die Beschaffenheit der Schleimhaut, die Ausbreitung etwaiger Processe auf ihr, mit Sicherheit und aller Deutlichkeit erkennen. Die Bilder sind hier ebenso scharf, als wenn man die Dinge mit blossem Auge betrachtet. Viel weniger gut sind die Bilder bei der Cystoskopie. Die Blase verbietet Luftfüllung, sie bedarf der Wasserfüllung, welche viel Licht absorbirt.

Nun bleibt noch die Frage der Gefahr der Gastroskopie zu erörtern. Merkwürdig ist es, dass die Einführung starrer Röhren, welche neuerdings für die Oesophagoskopie als ein zweckmässiges und ohne grosse Schwierigkeit auszuführendes Verfahren von Rosenheim, Epstein, Killian, Kirstein, empfohlen wird und Verbreitung zu finden scheint, für die Gastroskopie weniger Anklang gefunden hat. Für die Oesophagoskopie ist aber die Einführung starrer Röhren viel gefährlicher als für die Gastroskopie, denn bei der ersteren handelt es sich meistentheils um krankhaft veränderte, bei der letzteren fast ausschliesslich um gesunde Speiseröhren. Für die Oesophagoskopie ist übrigens die Einführung starrer Röhren keineswegs nothwendig, denn schon seit länger als einem Jahr habe ich ein biegsames Instrument angegeben; ich habe dasselbe auf dem Chirurgencongress, in der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur und in Kliniken mehrfach demonstrirt, wobei sich das Instrument stets bewährt hat. Ich habe mit dem Oesophagoskop an ca. 80 verschiedenen Patienten über 100 einzelne Untersuchungen ausgeführt, ohne einen Unfall zu erleben. Ich will desswegen nicht behaupten, dass ein solcher nicht passiren kann, das wird Jeder, der die Verhältnisse kennt, begreifen, — aber bei schonender Anwendung und gesunden Speiseröhren, wie dies bei der Gastroskopie in Frage kommt, kann dies Verfahren wohl als ungefährlich bezeichnet werden. Wenn wir sodann die bei Einführung starrer Röhren bis jetzt bekannt gewordenen Todesfälle in Anrechnung bringen wollten, so würde bei den mehreren 100 Untersuchungen, welche damit bis jetzt ausgeführt worden sind, die Mortalität erheblich unter 1 Proc. bleiben, also den Vergleich mit der Probelaparotomie sehr gut aushalten können. Durch Einführung biegsamer Instrumente hoffe ich aber, bei der Gastroskopie die Mortalität auf Null herabdrücken zu können.

Schliesslich müssen wir noch einen Einwurf entkräften, welcher gegen die Gastroskopie gemacht worden ist und auch in einige der neuesten Lehrbücher über Magenkrankheiten übergegangen ist, nämlich den, dass sie bis jetzt noch nichts geleistet habe. Allerdings müssen wir zugeben, dass von Autoren, welche nach dem Vorgange von Rosenheim mit geraden Instrumenten gearbeitet haben, bis jetzt noch kein Fall publicirt worden ist, wo die Gastroskopie Erspriessliches geleistet hätte, und dies ist aus anatomischen Gründen zu begreifen. Wer aber nach dem Vorgang von Mikulicz mit einem winkligen Instrument mit abgebogenem Schnabel untersucht hat, der hat schon ganz schöne Erfolge zu verzeichnen. So hat Mikulicz selbst schon im Jahr 1883 einen Fall von Ulcus diagnosticirt; auch hat er schon damals die Starrheit des Pylorus als Symptom des Carcinoms erkannt.

Ich habe mehrere Fälle publicirt, bei denen ich nicht palpable Tumoren mit dem Instrument nachgewiesen habe, und ich habe, was noch mehr bedeutet, mehrere Fälle zu verzeichnen, wo ich den klinisch stark begründeten Verdacht auf Carcinom mit Sicherheit zurückweisen konnte. Während eines Aufenthaltes im Sommer 1898 an der Breslauer chirurgischen Klinik hatte ich, Dank der Güte des Herrn Geheimrath Prof. Dr. Mikulicz, mehrfach Gelegenheit, mit dem Gründer der Methode, der über eine aussergewöhnliche Geschicklichkeit und Kritik auf diesem Gebiete verfügt, zu oesophagoskopiren und gastroskopiren.

Mikulicz benutzt den von mir modificirten und als gebogenes Rotationsgastroskop beschriebenen Apparat.

Nur folgende zwei Fälle will ich anführen, die von Herrn Geheimrath Mikulicz und mir gemeinsam untersucht worden sind, als Beweis für die Leistungsfähigkeit der Methode.

Es handelt sich um zwei Männer mit Verdacht auf Carcinom ohne palpablen Tumor. In dem einen Fall konnte man nachweisen, dass nur ein chronischer Katarrh vorlag, in dem anderen Fall fand sich ein etwa markstückgrosses, carcinomatöses Geschwür im Antrum pylori an der kleinen Curvatur. Die vorgenommene Operation bestätigte vollkommen den gastroskopischen Befund. Soviel als Einleitung zur Rechtfertigung einer Methode, deren Existenzberechtigung immer noch von einer Anzahl Aerzten nicht nur bestritten wird, sondern bei welcher auch die Versuche zu ihrer Vervollkommnung von namhaften Klinikern für verfehlt gehalten werden.

Die Endoskopie des Magens beruht darauf, dass es gelingt, den Speiseweg von den Zähnen bis zum Magenmund in eine gerade Linie zu bringen.

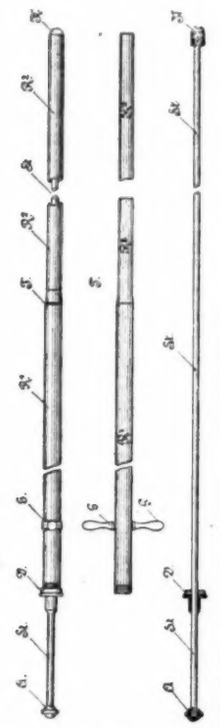
Das haben zuerst die Schwertschlucker bewiesen. Welchem dieser Künstler die Priorität zukommt, können wir nicht entscheiden. Zu wissenschaftlichen Zwecken zuerst starre gerade Instrumente (Thermometer) in den Magen eingeführt zu haben, macht neuerdings (1896) Ewald einen Anspruch geltend. Für die Geschichte der Oesophagoskopie und Gastroskopie kommt es nur darauf an, wer zuerst klar erkannt hat, dass die gerade Streckung der Mundhöhle und Speiseröhre das Grundprincip für die Besichtigung dieser Organe sein muss und dies auch praktisch durchgeführt hat. In beiden Beziehungen gebührt allein Mikulicz die Priorität, der 1881 das erste Gastroskop angegeben und angewendet hat. Während Mikulicz für die Speiseröhre gerade Instrumente benutzte, gab er für den Magen ein starres winkliggebogenes Instrument an. Er führte aus, dass ein gerader Stab in der Speiseröhre bis zur Cardia (9. Brustwirbel) geschoben werden könnte, dort aber wegen der normalen Kyphose der Wirbelsäule und wegen des Pankreas einen Widerstand für die Tieferführung finde. Desswegen erhielt das Gastroskop einen abgebogenen Schnabel von 15 cm Länge und einen Knickungswinkel von 150°. Nun ist es sicher, von Rosenheim und Perl nachgewiesen, von Rewidzoff, Kuttner und mir bestätigt worden, dass man mit einem geraden Stab noch tiefer gelangen kann, in der Mehrzahl der Fälle bis in der Höhe des Nabels und bis zur grossen Curvatur.

Die Thatsache hat nun Rosenheim bewogen, ein gerades Gastroskop zu benutzen. Diese Idee besticht ja für den Anfang durch ihre Einfachheit. Ein solcher Apparat ist leicht zu construiren, da er nichts Anderes darstellt, als ein in entsprechenden Dimensionen gehaltenes Nitze'sches Cystoskop, dessen Knickungswinkel geradegestreckt ist. Ein solcher Apparat lässt sich ohne Weiteres im Magen rotiren; man kann leicht, wenn man den Tubus vom optischen Apparat trennt, dann letzteren herausziehen z. B. bei Beschmutzung des Sehprismas. Man kann auch verschieden brechende Prismen einsetzen, obwohl sich dies in der Theorie viel besser macht als in der Praxis, wo mit jedem Einsetzen eines neuen Prismas meist auch wieder neu eingestellt werden muss. Den geraden Weg zur Gastroskopie betrat zuerst Rosenheim und ihm folgten Rewidzoff und Kuttner nach. Letztere beiden bemühten sich, die Einführung der starren Röhre zu umgehen. Rewidzoff führt erst einen Schlauch ein und schob dann in diesen seinen optischen Apparat nach. Rationeller ist es schon, einen Apparat so zu construiren, dass er erst in der ganzen Länge biegsam eingeführt und dann in sich selbst in starre gerade Form gebracht wird. Einen solchen Apparat hatte ich schon vor Kuttner in einfachster und vollkommen functionirender Weise angegeben. Warum dieses biegsame Oesophagoskop nach Kuttner's Angabe nicht geeignet sein soll, ein Gastroskop hindurchzuschieben, vermag ich nicht einzusehen, zumal ich in meiner damaligen Publication ausdrücklich auf diese Eigenschaft des Apparates hingewiesen habe. Wenn Kuttner schreibt, dass die Oesen, welche den gliederstreckenden Draht führen, als Vorsprünge das Einschieben von Instrumenten verhinderten, so macht er sich von dem Bau eines solchen Apparates eine sehr unvollkommene Vorstellung. Wenn ich geglaubt hätte, dass ein gerades Gastroskop zu gebrauchen wäre, so hätte ich weiter nichts nöthig gehabt, als durch mein Oesophagoskop etwa ein Rosenheim'sches Gastroskop nachzuschieben. Kuttner löste das Problem in sehr complicirter Weise. Sein Apparat ist eine gegliederte Röhre mit Charnirgelenken an beiden Seiten. Statt des Drahtes, welchen ich zur Streckung verwende, braucht er eine zweite gegliederte Röhre, welche genau in die erste Röhre hineinpasst und deren Glieder die gleiche Länge haben. Wenn nun die Charnirgelenke parallel stehen, so sind beide Röhren zusammen biegsam, wenn die innere gegen die äussere um

90° verdreht wird, aber zusammen starr. Wenn ein Charnir sich löst, ist aber weder der krumme Apparat gerade zu bekommen, noch der gerade krumm. Ausserdem kann sich ein solcher Apparat nur in toto gerade strecken und nicht erst in seinen einzelnen Theilen. Das Letztere ist aber, da dadurch eine Anpassung des Apparates an die Körperform möglich ist, und man immer über den Widerstand des Körpers gegen die Streckung orientirt ist, sehr wichtig.

Wir brauchen uns mit der Construction eines geraden Gastroskopes nicht weiter zu befassen. In einer früheren Arbeit, (Boas' Archiv für Verdauungskrankheiten II. Bd.) deren Resultate von Rosenheim, Rewidzoff und Kuttner nicht anerkannt wurden, hatte ich schon nachgewiesen, dass ein gerades Gastroskop kein brauchbares Instrument sein kann. Mikulicz hat mit seiner winkligen Form Recht behalten. Um eine mathematische Grundlage für die Gastroskopie zu gewinnen, unternahm ich eine Anzahl anatomischer Untersuchungen, wie sie in dieser Weise noch nicht ausgeführt worden sind. Es war ja ohne Weiteres klar, dass der Speiseweg von der Cardia bis zum Mundeingang eine gerade Linie sein muss. Etwa, wie Kuttner es will, den Apparat dem Winkel zwischen Mundhöhle und Speiseröhre entsprechend rechtwinklig abzubiegen, ist technisch sehr complicirt und praktisch nur ein Hinderniss. Der Magen hat ja eine gewisse Länge in dieser Achse, etwa 15—25 cm. Dieser Länge entsprechend müssen wir die Wände doch absuchen können. Die ganze Länge etwa vom Mittelpunkt aus gleichmässig gut übersehen zu können, ist optisch unmöglich; demnach müssen wir unser Sehfenster verschieben können, und Letzteres ist nur bequem möglich, wenn wir Mundhöhle und Speiseröhre in eine gerade Linie bringen.

Viele Aerzte glauben immer noch, dass es besser wäre, ein Gastroskop durchaus biegsam zu halten, etwa wie einen Magenschlauch. Vielleicht wird es einmal möglich sein, wenn die Teleskopie auf elektrischem Wege in einer für diese Zwecke geeigneten Weise erfunden sein wird, in einem solchen Schlauch eine brauchbare Optik anzubringen. Aber auch dann wird die Biegsamkeit des Apparates nur für die Einführung nützlich sein, für die Besichtigung aber nicht. Man darf nie vergessen, dass man sich genau im Magen orientiren muss, und dass man bestimmte Stellen mit Sicherheit zur Ansicht bringen können muss, dazu braucht man feste optische Achsen. Diese Erkenntniss ist nöthig, wenn weitere Arbeiten auf diesem Gebiete zu nützlichen Resultaten führen sollen.



Zuerst müssen wir wissen, welche Lage ein vom Mund in den Magen eingeführter gerader Stab einnimmt, oder mit anderen Worten, welche Lage dieser gastroskopischen Hauptachse im Magen zukommt. Ich stellte dies fest durch eine Anzahl Leichenversuche. Für die freundliche Ueberlassung von geeignetem Material danke ich hiermit Herrn Medicinalrath Dr. Schmorl, Prosector am Stadtkrankenhaus in Dresden, bestens. Der Stab, welchen ich den Leichen einschob, hatte folgende Construction: Die Gesammtlänge des Stabes betrug vom unteren Ende *K.* bis zum oberen Ende *A.* 90 cm. Der Stab besteht aus einer Röhre von 12 mm äusseren Durchmesser und 35 cm Länge (*R.*²). Diese Röhre ist oben quer abgeschnitten. Oben passt die Röhre hinein in eine zweite Röhre (*R.*¹) von 14 mm Durchmesser und 45 cm Länge. Durch eine Hülse lässt sich *K.*² in *R.*¹ hineinschieben und durch einen conischen, abgeschrägten Ring (*T.*) werden die verschiedenen Dimensionen beider Röhren ausgeglichen und ausserdem ein Anschlag für die in *R.*¹ hineingesteckte Röhre *R.*² hergestellt. Zusammengesteckt haben diese beiden Röhren eine Gesammtlänge von 80 cm. Die obere Röhre trägt 5 cm von ihrem Ende einen Griff *G.*

An das obere Ende der Röhre ist ein Gewinde eingeschnitten. Inbeide Röhren wird nun ein Stahlstab *St.* von 90 cm eingeschoben. Am Kopfende hat der Stab einen Knopf *A.* In 10 cm Entfernung davon eine Schraube *V.*, welche auf das Gewinde der Röhre *R.*¹ passt. Unten hat der Stab eine kolbenartige Verdickung *K.*, welche in die Röhre *R.*² genau hineinpasst und den unteren Querschnitt deckt. Werden die Röhren zusammengesteckt und der Stahlstab eingeschraubt, so bildet das Ganze eine solide, starre Stange mit gut abgerundetem unteren Ende. An unversehrten, frischen Leichen, die in Rückenlage mit hintenüberhängendem Kopf gebracht worden, wurde nun der Stab, so tief es ging, eingeschoben. In den meisten Fällen gelang es mir, bis an die grosse Curvatur des Magens zu kommen. Mit einer Schlundzange hielt ich den Eingang des Oesophagus in Höhe des Ringknorpels offen, was die Einführung sehr erleichterte. Nun wurde der Leib vom Schwertfortsatz bis zum Nabel geöffnet und geprüft, wie der Stab lag. Dann wurde das Duodenum quer durchtrennt und eine kurze, dicke Glascanüle eingebunden. Ein über letztere geschobener Gummischlauch wurde aus dem Leib herausgeleitet. Oberhalb der Cardia wurde eine Ligatur mit Hilfe eines Dechamp'schen Schlingenträgers angelegt und hier der Magen um den Stab luftdicht abgeschlossen. Der Magen wurde durch Spülung gereinigt. Ich legte nun einige Knopfnähte durch die Bauchdecke und verschloss den Leib provisorisch. Zwischen den Knopfnähten war der Gummischlauch nach Aussen geleitet. Jetzt nahm ich eine Bestimmung der Magencapacität in Luft bei 20 cm Manometerstand (in Wasser) vor. Nun wurden die Knoten der Bauchdeckennähte wieder gelöst. In den leeren Magen wurde nun die der Luftcapacität entsprechende Menge Gipsbrei eingegossen. Das Duodenum wurde abgebunden und die Canüle entfernt. Alsdann wurde der Bauch durch Nähte geschlossen. Die Leiche blieb nun 16—24 Stunden liegen. Man erhält dadurch nicht ganz die natürliche Lage des Stabes im Magen, welcher immer der hinteren Magenwand anzuliegen strebt. Bei Füllung mit Gipsbrei wird nämlich das untere Ende etwas gehoben nach hydrostatischem Gesetz, weil die lufthaltige Messingröhre in der schweren Gipslösung nach oben strebt. Trotzdem habe ich dies, was ohne Weiteres durch Zurückziehen des Stabes *St.* mit dem kolbenförmigen Ende *K.* zu machen gewesen wäre, nicht geändert.

Alsdann wurde Brust und Bauch geöffnet, Lunge und Herz entfernt. Während nun der Magen mit der eingegipsten Röhre *R.*² festgehalten wurde, wurde der Stab mit der Röhre *R.*¹ durch den Mund herausgezogen. Auf diese Weise war es möglich, die im Magen eingegipste starre Röhre mit letzterem herauszunehmen, und den Hals der Leiche dabei unversehrt zu lassen. Für jeden neuen Versuch brauchte ich eine neue Röhre *R.*², während Stab und Röhre *R.*¹ natürlich immer dieselben blieben. Da sich nun meist an der Vorderfläche des Magens Luft ansammelt, muss eine entsprechende Menge Gipslösung nachträglich noch eingefüllt werden. Ich legte den frisch herausgenommenen Magen 2 Tage lang in mit 4 proc. Formalinlösung getränkte Watte. Da durch bleibt die Wand nachgiebig. Es wurde nun entweder vom Pylorus aus oder durch ein kleines Loch, welches durch Schnürnaht wieder geschlossen wurde, die Luft entfernt und der Gipsbrei nachgefüllt. Alsdann trocknete ich den Magen im Ofen einige Tage lang. Die Magenwand wurde vom Gipsmodell abgezogen und nun liess ich von einem Modelleur ein Negativ anfertigen. Dieses wurde dadurch hergestellt, dass über das Modell eine ca. ½ cm dicke Schicht Papiermasse aufgetragen wurde. Diese Schicht umgab natürlich auch die eingegipste Röhre. Der Magen aus Papiermasse wurde in 2 Hälften zerlegt, und achtete ich darauf, dass die Ebene, welche die Hälften trennt, möglichst genau der Frontalebene des Körpers entspricht. Es wurden nun auch für die Papiermägen passende Holzkästen angefertigt, zum Auf- und Zuklappen, und dadurch erhielt ich auch Phantome zur Uebung in der Gastroskopie.

Auf diese Weise stellte ich genau die Lage der für die Gastroskopie wichtigen Hauptachse, sowie alle die in Frage kommenden Dimensionen des Magens fest.

Ich will jetzt eine Auswahl von Fällen an der Hand von Photographien der Modelle besprechen:

a) Ein 23jähr. junger Arbeiter war in der Betrunkenheit über das Geländer eines Eisenbahndammes geklettert und von der Maschine erfasst worden. Er erlitt einen Schädelbruch und Zermalmung des Oberarms, woran er schnell verstarb. Etwa 24 Stunden nach dem Tode wurde die Untersuchung vorgenommen. Nachdem ich den Stab vom Munde möglichst tief in den Magen der Leiche eingeführt hatte, nahm ich folgende Maasse auf: Körperlänge 165 cm. Vom Nabel bis zu den Oberschneidezähnen 57 cm. Das untere Ende des Stabes befindet sich 3 Querfinger oberhalb des Nabels. Der Stab befindet sich in 51 cm Länge im Körper. Der Magen liegt unter der Leber, mit Speisen etwas gefüllt. Seine grosse Curvatur liegt da, wo das obere Drittel der Entfernung zwischen Schwertfortsatz und Nabel aufhört. Der Stab liegt links von der Wirbelsäule; das untere Ende des Stabes lässt sich nur dann eben über die Wirbelsäule bringen, wenn man den Kopf mit grösserer Gewalt nach hinten drückt. Das Bild zeigt die Photographie des ausgegipsten Magens mit der darin eingegipsten Röhre. Das Modell zeigt eine normale Magenform, wie sie Luschka in seinem Atlas abbildet. Von Interesse ist noch Folgendes: Die eingesetzte Röhre liegt mit der unteren Spitze der hinteren Wand des Magens an.

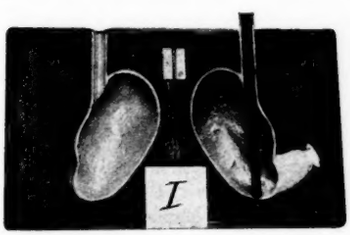
Zwischen der Röhre und dem Pylorus befindet sich eine Vorwölbung der hinteren Wand (der Wirbelsäule entsprechend), welche es unmöglich macht, von der hinteren Wand des Pylorustheiles überhaupt irgend etwas mit einem geraden Gastroskop zur Ansicht bringen zu können. Von der Mitte der Röhre bis zur Mitte des Pylorustheiles des Magens beträgt die Entfernung 3 cm (sagittaler Durchmesser). Ausserdem sieht man schon ohne Weiteres auf dem Bild, dass sich die Achse des Pylorustheiles mit der gastroskopischen Hauptachse erst ausserhalb des Magens schneidet. Man kann also nur dadurch einen Einblick in den Pylorustheil bekommen, dass man eine zweite Achse, welche zur Hauptachse winklig steht, annimmt. Würden wir also einen Schnabel mit einem Winkel von 45° anbringen, so müsste das Sehfenster in einer Entfernung von etwa 8 cm sich befinden. Im Magen befindet sich die gastro skopische Hauptachse in einer Länge von 15 cm. Die grosse Curvatur liegt 3 cm unterhalb des Stabendes. In der Frontalebene, senkrecht zur Hauptachse, beträgt der grösste Durchmesser 24 cm. In der Sagittalebene, welche durch die eingegipste Röhre gelegtwird, beträgt der grösste Durchmesser 9 cm und zwar von der Hauptachse gerechnet, 3 cm von der hinteren, und 6 cm von der vorderen Wand. An der Stelle, wo das untere Ende des Stabes anliegt, beträgt der Durchmesser der Sagittalebene 6 cm. Das ganze Volumen des Magens beträgt 1900 ccm.

Auf der Rückfläche des Magens zeigen sich hier, wie bei allen anderen Modellen, zwei Eindrücke; der eine im Fundus des Magens entspricht der linken Niere, der andere entspricht dem Eindruck der Wirbelsäule und liegt ungefähr da, wo der verticale linke Theil der kleinen Curvatur einen Winkel bildet mit dem mehr oder weniger horizontalen rechten Theil.

b) Die folgenden 3 Fälle zeigen vertical gestellte Mägen. Wir sehen hier die Magenmodelle aus Papiermasse in ihren aufgeklappten Kästen liegen. Die Hauptachse ist durch einen schwarzen Stab markirt.

I. 30jähr. Mann, an Lungentuberculose gestorben. Das Ende des Stabes liegt einen Querfinger unterhalb des Nabels. Der Stab liegt links von der Wirbelsäule der hinteren Magenwand an. Durch starken Druck auf das Kopfende des Stabes lässt sich das untere Ende auch an die vordere Wand des Magens bringen und über die Wirbelsäule hinweghebeln. Der Stab schnappt aber hinterher sofort in seine alte Lage zurück. Der Magen ist fast leer. Die grosse Curvatur verläuft in Nabelhöhe, die kleine Curvatur am Pylorustheil fast horizontal etwas unterhalb der Mitte zwischen Schwertfortsatz und Nabel. Am Fundustheil läuft sie fast parallel der Wirbelsäule.

Die Körperlänge beträgt 164 cm, die Entfernung vom Nabel zu den oberen Schneidezähnen 60 cm, die Stablänge im Körper 61 cm, die Entfernung des Nabels vom Schwertfortsatz 18 cm.



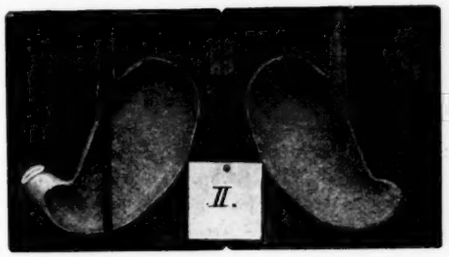
Wir erkennen am Modell, dass die Hauptachse der hinteren Wand sehr naheliegend verläuft, denn der durch die Achse gelegte Frontalschnitt lässt den grössten Theil des Magens vorn (rechte Hälfte des Bildes). Wir sehen ferner, dass diese Ebene sogar die hintere Wand des Pylorustheiles vorn liegen lässt. Eine durch den Pylorustheil gelegte Längsachse schneidet aber die Haupt achse, was bei dem normalen Magen nicht der Fall war. Die Hauptachse hat im Magen eine verticale Länge von 17 cm. Der grösste horizontale Durchmesser, welcher durch den Pylorustheil geht, beträgt 15 cm. Der grösste Durchmesser in sagittaler Ebene beträgt 12 cm. Es ist dies ungefähr 3 cm tiefer als die Höhe der Cardia.

Eine in die Mitte des Pylorustheiles gehende Längsachse läuft 3 cm vor der Hauptachse. Das Volumen des ganzen Magens beträgt 1500 ccm.

II. 35jähriger Mann, an Lungentuberculose †. Magen nur wenig mit Flüssigkeit gefüllt.

Der Stab liegt links von der Wirbelsäule, 2 Querfinger unterhalb derselben. Es handelt sich hier um eine ausgesprochene Gastroptose. Die grosse Curvatur verläuft 1 Querfinger unter Nabelhöhe. Der Pylorustheil des Magens liegt direct horizontal. Ausserdem hatte die Leiche einen langen und beweglichen Hals, so dass es hier ohne Kraftanstrengung möglich war, das untere Ende des Stabes an die vordere Magenwand zu bringen.

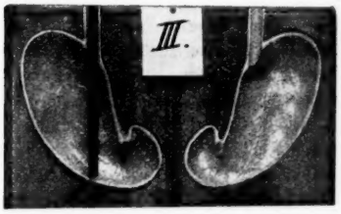
Körpergrösse 177 cm; Entfernung des Nabels von den oberen Schneidezähnen 58 cm, die Stablänge im Körper 62½ cm. Wir sehen an dem Modell, dass die Verhältnisse für ein gerades Gastro-



skop ausnehmend günstig sind. Eine durch die Hauptachse gelegte Frontalebene schneidet sogar die vordere Wand des Pylorustheiles. Es beträgt nun die Länge der verticalen Hauptachse 21 cm; grösster Durchmesser in der Frontalebene senkrecht zur Hauptachse 18 cm. Dieser Durchmesser tangirt die kleine Curvatur an der Stelle, wo der linke verticale Theil einen Winkel mit dem rechten horizontalen bildet. Die grösste Tiefe des Magens in der Sagittalebene beträgt 12 cm im oberen Theil des Fundus. Gesammtvolumen des Magens beträgt 1950 ccm.

III. 30jährige Frau, an Lungentuberculose †.

Der Magen ist ausgesprochen gastroptotisch und gänzlich leer. Der Pylorustheil ist ganz contrahirt und verläuft horizontal in Nabelhöhe.



Beim Aufblasen des Magens mit Luft verläuft die kleine Curvatur 1½ Querfinger oberhalb des Nabels. Der Stab liegt links von der Wirbelsäule; sein unteres Ende steht 2½ Querfinger unterhalb des Nabels. Der Stab ist ziemlich leicht beweglich, so dass man denselben auch von der hinteren Magenwand ab über die Höhe der Wirbelsäule bringen kann. Die Körperlänge beträgt 160 cm, die Entfernung des Nabels von den oberen Schneidezähnen 50 cm, die Stablänge im Körper 55 cm. Eine durch die Hauptachse gelegte Frontalebene schneidet den Pylorustheil 1 cm unterhalb einer in die Mitte seiner Längsrichtung gelegten Achse. Die Länge der Hauptachse im Magen beträgt 20 cm, der grösste horizontale Durchmesser, welcher auch hier den Knickungswinkel der kleinen Curvatur tangirt 16 cm, die grösste Tiefe des Magens (in Sagittalebene) beträgt 11 cm und befindet sich im oberen Theile des Fundus, 1 cm unterhalb der Höhe der Cardia. Gesammtvolumen des Magens beträgt 1800 ccm.

(Schluss folgt.)

Die Einwirkung des Radfahrens und anderer sportlicher Thätigkeit auf das Herz.*)

Von Dr. *G. Altschul* in Frankfurt a. M.

Das Ergebniss der Untersuchungen, welche Prof. Schott-Nauheim über die physiologischen Veränderungen des Herzens bei ringenden Knaben und am Radfahrer — hier war ich selbst Versuchsobject — in der Deutschen med. Wochenschr. 1897, No. 31, veröffentlicht hat — Versuche, deren Exactheit über allem Zweifel steht — musste mir naturgemäss schon aus persönlichen Gründen den Wunsch erwecken, zu untersuchen, wie weit es sich bei der durch Skiagramm nachgewiesenen Vergrösserung der Herzgrenzen als Folge einer mitttleren Radfahrerleistuug um ein physiologisches Gesetz handle oder um eine mehr oder weniger häufige pathologische Erscheinung. Ich nahm desshalb Veranlassung, bei Radfahrern, Bergsteigern und Turnern diese Frage zu studiren. Der Modus der Untersuchung war folgender: Vor Beginn der Uebung wurde das Herz auf seinen Normalzustand geprüft, die relative Dämpfung mit dem Blaustift markirt, Zahl der Pulse und Athemzüge festgestellt und nach verschieden langer Uebung wiederum controlirt. Das Ergebniss war, dass eine mehr oder weniger starke Erweiterung des Herzens in allen Fällen nachzuweisen war, wo die Zahl der Athemzüge auf 28 und mehr

*) Nach einem Vortrag, gehalten im Aerztlichen Verein zu Frankfurt a. M. am 16. October 1898.

gestiegen war. Dementsprechend war stets auch die Pulszahl erhöht; jedoch zeigten sich hier grosse individuelle Schwankungen. Individuen, welche 28—30 Athemzüge hatten, zeigten der Eine 104 und ein Anderer 148 Pulsschläge; bei den meisten fand ich mittlere Werthe von etwa 120.

Einige Beispiele mögen einzeln aufgeführt werden: Kräftiges Steigen auf den Feldberg (880 m), in der letzten ½ Stunde etwa 230 m Höhenunterschied. 3 Versuchspersonen: 1. G., 37 Jahre, schlank, leichtes Gewicht, vorzüglicher Bergsteiger, Turner und Springer; hat 112 P., 30 A. und eine Verbreiterung der relativen Herzdämpfung nach R 1½, nach L 1, nach O 1 cm. 2. Op., 45 Jahre, ca. 90 kg schwer, sehr guter und geübter Gänger und Radfahrer, hatte 104 P., 32 A. und Verbreiterung der Herzdämpfung R 2½, L 1½, O 1½ cm. An mir selbst fand ich 24 A., 86 P. bei derselben Leistung. Diese Werthe habe ich an mir zu verschiedenen Malen geprüft und als höchste 30 und 112 festgestellt, diese letzteren, als ich im Schnee eine Höhendifferenz von ca. 160 m an steiler Halde in 23 Minuten bewältigte. Vergleichende Untersuchungen an mit mir marschirenden Bergsteigern ergaben bei diesen stets viel höhere Zahlen und nachweisbare Erweiterungen der Herzgrenzen, während eine an mir von Dr. Cahen-Brach gemachte Messung bei ruhigem, doch immerhin die Durchschnittszeiten schlagendem Steigen auf den Feldberg keine nachweisbare Veränderung der Grenzen erkennen liess. Ich könnte noch eine grössere Zahl von Beobachtungen, die ich an mir selbst beim Turnen und Radfahren anstellte, aufführen, aber ohne andere Resultate als die erwähnten. Bei einem Berufsradfahrer, der in der Radfahrbahn 3 km in 5 Min. 25 Sec. zurücklegte, fand ich 148 P. und 28 A., deutliche Vergrösserung der Herzgrenzen war noch nach 20 Min. nachzuweisen. Ein 38jähriger Turner, Radfahrer und Bergsteiger (Gewicht 64 kg), der öfters ohne anscheinende Beschwerden Dauerläufe von 1 Stunde gemacht hat, hatte nach 20 Min. mässigen Dauerlaufs in der Turnhalle eine Verbreiterung der Herzdämpfung R 1½, L 1, O 1 cm, dabei 128 P. und 35 A.

Die Schlüsse, die ich aus diesen Beobachtungen ziehe, sind folgende:

1. Jede auf längere Zeitdauer sich ausdehnende Muskelleistung, bei der grössere Muskelgruppen in schneller Folge gleichmässig in Anspruch genommen werden, veranlasst eine bedeutende Steigerung der Herzthätigkeit und der Athmung, die je nach Veranlagung in verschieden kurzer Zeit zu einer physiologischen Vergrösserung des Herzens führt, welche sich im Ruhezustand nach einiger Zeit wieder zurückbildet.

2. Die Höhe der Pulsschläge allein gibt keinen greifbaren Anhaltspunkt für die Entscheidung der Frage, welche Zahl erreicht werden darf, ehe die pathologische, d. h. nicht mehr zur Restitutio ad integrum kommende Ueberdehnung der Herzwände eintritt. Die Schwankungen sind hier gewiss individuell sehr gross. Jedoch fand ich, besonders beim Bergsteigen, dass Personen mit 140 und mehr Pulsschlägen stets längere Zeit sehr mitgenommen und verfallen aussahen.

Ueber das Radfahren speciell möchte ich noch Einiges bemerken: Die Ansicht, dass es eigentlich ein Treppensteigen im Sitzen vorstelle, halte ich nicht für richtig. Beim Treppensteigen findet ein Transport des Körpers nach der oberen Stufe statt, es handelt sich um Hebung der Körperlast. Beim Radfahren dagegen ist der Modus ein anderer. Die beiden Pedale durchlaufen auf einer senkrechtstehenden Ebene einen Kreis in der Art, dass, wenn das eine den höchsten Punkt des Kreises erreicht, das andere am tiefsten Punkt steht. Da nun beide Pedale in fester Verbindung stehen, so wird eine ganze Umdrehung um die 360° des Kreises dadurch bewerkstelligt, dass jedes Pedal um 180° durch den Druck des Fusses von oben nach unten bewegt wird. Bei der Aufwärtsdrehung braucht dann der entsprechende Fuss nur einfach dem Druck des andern Fusses nachzugeben. Daher besteht bei der Fortbewegung der zu überwindende Widerstand nur in der Reibung, welche die Räder unter dem Einfluss des Körpergewichts und Radgewichts am Boden erleiden + dem Widerstand in der Tretkurbel. Diese zusammen sind aber viel geringer als das Körpergewicht überhaupt. Das kann jeder Fahrer bestätigen und anders lässt sich die grosse Leichtigkeit und Schnelligkeit der Fortbewegung überhaupt nicht begreifen.

Was aber dennoch das Radfahren zu einer Arbeit stempelt, anstrengender wie ein gemässigtes Bergsteigen, das ist in erster Linie der Umstand, dass beim Radfahren die Musculatur fast des ganzen Körpers in Anspruch genommen ist. Dazu kommt noch der Umstand, dass die geistige Aufmerksamkeit auf die Bodenbeschaffenheit, Fuhrwerke, Fussgänger u. s. w., das viele Ausweichen ganz gewiss einen vom Gehirn ausgehenden Einfluss auf Puls und Athmung haben. Schlechter Boden, Gegenwind, Steigungen des Terrains verlangen sofort auch eine ungleich grössere Kraftleistung, weil da erst eine wirkliche Hebung der Körperlast + Radgewichtes nothwendig wird. Bei ansteigender Fahrt, besonders wenn sie länger dauert, pumpt sich daher der Radfahrer sehr rasch aus und das sind die Gelegenheiten, wo es zu definitiven Dehnungen des Herzmuskels und deren Folgen kommt, die um so leichter eintreten, je älter der Fahrer und je brüchiger seine Arterien sind. Auch ist es dem Radfahrer aus verschiedenen Ursachen viel weniger leicht, sein Tempo zu mässigen, wie dem Bergsteiger. Die Gesellschaft und die Abfindung mit dem Strassenverkehr in und um die Grossstädte sind das Hinderniss. Wichtig ist, dass die subjective Athemnoth, die als Warnungssignal anzusprechen ist, beim Radfahren sich viel weniger und später zeigt, als beim Turnen und Bergsteigen. Das Fehlen oder Späteintreten derselben kann zu bedenklichen Consequenzen führen. Ursache vielleicht der Luftzug, der bei jeder Athmung dem Radfahrer mehr O zuführt, als bei anderen Uebungen.

Ich möchte desshalb neben den bekannten Empfehlungen betreffs der gesammten und der auf einen bestimmten Zeitraum fallenden Einzelleistung meinen Collegen rathen, nur solchen Personen das Radfahren zu erlauben, deren Herz, Gefässe und Lungen gesund sind.

Einen Maassstab, welche Leistung der Einzelne ohne Schaden absolviren darf, habe ich an dem Allgemeinbefinden. Wer nach vollendeter Tour ordentlich essen kann, sich allgemein wohl fühlt, kein unmittelbares Schlafbedürfniss zeigt und die folgende Nacht hindurch gut, ohne unruhige Träume schläft, der hat sich nicht übernommen, gleichgiltig wie gross die Tour war.

Was sonst über die Wirkung des Radfahrens bei Neurasthenie und Chlorose berichtet wird, kann ich bestätigen, mit dem Vorbehalt, dass nur leichte Formen sich für diese Behandlung eignen, oder schwere im Stadium der wesentlichen Besserung. In das Auge fallend fand ich auch den Erfolg bei chronischer Verstopfung, vornehmlich der Frauen. Insbesondere jedoch möchte ich hinweisen auf die schnell und sicher zu erzielende Gewichtsabnahme und Entfettung bei Adipositas. Hier übertrifft das Radfahren an Schnelligkeit und Nachhaltigkeit des Erfolges alle anderen physikalischen Methoden, wie Turnen, Zander'sche Gymnastik und Bergsteigen, zum Theil vielleicht desshalb, weil es öfter und bequemer betrieben werden kann. Als Beweis diene meine Beobachtung an mir selbst: Durch regelmässiges Turnen an allen Geräthen und gelegentliches Bergsteigen hatte ich ein constantes Gewicht von netto 70 kg; seitdem ich radfahre, meistens nur mittlere Entfernungen des Nachmittags, so oft es die Witterung und die Praxis gestatten, ist mein Gewicht bei vollkommenem Wohlbefinden und vorzüglicher körperlicher Leistungsfähigkeit auf 64 kg herabgegangen; dabei stehe ich jetzt im 60. Lebensjahr. Dass mässiges Radfahren die Körper- und speciell die Herzkraft nicht schädigt, dafür möchte ich noch folgende Beobachtung sprechen lassen: An einem warmen Junitag dieses Jahres fuhr ich Nachmittags ca. 30 km in 2 Stunden und turnte dann mit einigen Genossen noch 1 Stunde an verschiedenen Geräthen in der Turnhalle. Zum Schluss kamen Sprungübungen. Meine höchste Leistung betrug in den letzten Jahren stets 130 cm im Freihochsprung. An diesem Tage sprang ich zum erstenmale 135 cm, ohne das Seil zu berühren.

P. S. Meine Untersuchungen und die Niederschrift dieser Erfahrungen stammen aus dem Jahre 1897 (mit Ausnahme der letzteren Beobachtung). Am 7. November 1898 komme ich in Besitz einer vorzüglichen Arbeit von Mosso: «Der Mensch in den Hochalpen.» Ich finde darin eine vollständige Bestätigung meiner Beobachtungen. Mosso constatirt schon bei mässigem

Bergsteigen eine deutlich nachzuweisende Vergrösserung der Herzgrenzen und stellt diese dem Leser in graphischer Form dar.

Ein Fall von Echinococcus des Halses.

Von Dr. *Fritz Reich,* Senekal (Oranje-Freistaat), Südafrika.

Ein von mir im vorigen Jahre beobachteter und operirter Fall von Echinococcus der seitlichen Halsgegend scheint mir wegen der relativen Seltenheit dieses Leidens eines Berichtes werth.

Am 1. Mai 1897 consultirte mich ein ca. 70 Jahre alter Kaffer, welcher angab, seit vielen Jahren an einer Halsgeschwulst zu leiden. Anamnestisch liess sich über etwaige Krankheiten des noch sehr rüstig aussehenden Kranken nichts ermitteln. Vor 10 Jahren — nach ungefährer Schätzung — entstand etwas unterhalb des rechten Unterkieferwinkels eine kleine Geschwulst, die den Patienten nicht belästigte und während einer langen Reihe von Jahren nur wenig wuchs. Erst 1½ Jahre vor der Consultation begann die damals ungefähr taubeneigrosse Geschwulst sich stärker zu vergrössern, hinderte bei dem starken Grössenwachsthum den Patienten in der Bewegung des Kopfes und war in den letzten Monaten auch etwas schmerzhaft.

Bei der von mir vorgenommenen Untersuchung zeigte sich eine die ganze Halsseite einnehmende kugelige Geschwulst von der Grösse des Kopfes eines einjährigen Kindes; dieselbe war begrenzt von einer Linie, die vom rechten Unterkieferwinkel ausging, längs des Unterkieferastes bis zum äusseren Schildknorpelrand verlief, von da zwei Finger breit über dem Schlüsselbein bis zum M. cucullaris sich erstreckte und zwei Finger breit unterhalb des Proc. mastoideus in den Ausgangspunkt endete. Vom Kopfnickermuskel war nur das sternale Ende zu fühlen. Die Haut über der Geschwulst war unverändert, nur auf der Höhe derselben erschien sie stark verdünnt, die Consistenz war prall-elastisch, überall deutliche Fluctuation nachzuweisen; auf Druck äusserte Patient mässige Schmerzen. Die Geschwulst hob sich scharf von der Umgebung ab, auf der Unterlage liess sie sich nicht verschieben. Den Kopf hielt Patient ein wenig nach der rechten Seite gedreht, Bewegung nach rechts und links war nur in geringem Grade möglich. Herz, Lungen, Leber gesund; Fieber nicht vorhanden.

Bei der Differentialdiagnose glaubte ich von einer Lymphdrüsenvereiterung und acuter Abscedirung ganz absehen zu können, für einen Senkungsabscess war ebensowenig ein Anhalt zu finden, die Entwicklung im späten Alter sprach gegen eine der in dieser Gegend zahlreichen Cystenformen, welche sich congenital oder im frühen Kindesalter zu entwickeln pflegen. Die grösste Wahrscheinlichkeit sprach daher für einen Echinococcus; die sogleich ausgeführte Probepunction förderte eine milchig aussehende Flüssigkeit zu Tage, in welcher sich bei mikroskopischer Untersuchung keine Hacken fanden.

Ich schloss sofort die Operation an, desinficirte das Operationsfeld auf's Gründlichste und durchtrennte mit einem 10 cm langen Schnitte vorsichtig die Haut über der Höhe der Geschwulst in der Richtung des Kopfnickermuskels. Sofort bei der Durchschneidung der, wie oben erwähnt, auf der Höhe des Tumors stark verdünnten Haut entleerte sich aus dem mittelsten Theile der Schnittwunde eine milchige Flüssigkeit und neben dem Messer erschien eine milchglasfarbene Membran, die ich mit den Fingern hervorholen konnte und die sich als eine hühnereigrosse Blase darstellte. Bei der digitalen Untersuchung kam ich in eine mit der gleichen Flüssigkeit gefüllte grosse Höhle und entwickelte noch 4 Blasen von der gleichen Grösse und dem gleichen Aussehen wie die oben beschriebene. Die Höhle reichte nach vorn bis an die rothe Schildknorpelplatte, wo sie fest adhaerent war, nach hinten bis an die Nackenmusculatur. Da ich im Stande war, von der Schnittwunde aus die Haut von einer dünnen, bindegewebigen Lage zu trennen, beschloss ich die stumpfe Herausschälung des Sackes zu versuchen. Schon 2 cm von der Schnittwunde entfernt, erreichte dieser Sack eine Dicke von 3 mm; am schwierigsten gestaltete sich seine Entwicklung aus dem Gewebe des Kopfnickers, welchen die ganze Geschwulst hinter sich gedrängt hatte, sowie vom rechten Schilddrüsenlappen, wo er in sehr grosser Ausdehnung festhaftete. Dagegen gelang die Loslösung in der Gegend der grossen Gefässe leichter, mit deren Scheide er nur lose verwachsen war. Trotzdem nahm diese Losschälung ¾ Stunden in Anspruch. Ich tamponirte die Höhle mit Jodoformgaze, vereinigte den grössten Theil der Wunde und leitete die Gaze am unteren Wundwinkel heraus. Da der Kaffer nicht mehr hier zu halten war, sondern unter allen Umständen nach seinem 3 Stunden entfernten Wohnplatz zu Pferde heimkehren wollte, revidirte ich am nächsten Morgen die Wunde und konnte Alles unverändert lassen. Er stellte sich alle 3 Tage vor; am 7. Tage entfernte ich Nähte und Gaze, am 12. Tage war die Wunde vollkommen geschlossen. Eine im August 1898 vorgenommene Nachuntersuchung bestätigte die definitive Heilung.

Die Prüfung der einzelnen Blasen ergab Folgendes: Beim Anstechen derselben entleerte sich eine wasserhelle Flüssigkeit, in der sich unter dem Mikroskop vereinzelte charakteristische Haken vorfanden.

Beim Einschneiden der Blasenwand rollten sich die freien Schnittränder nach einwärts und auf der Innenfläche sah man eine körnige Masse.

Die milchige Beschaffenheit des Inhalts des Sackes rührte offenbar von der entzündlichen Veränderung der Flüssigkeit aus einer geplatzten Echinococcenblase her.

In einer 1893 erschienenen Arbeit von Güterbock[1]) sind 26 Fälle von Echinococcus des Halses zusammengestellt. Güterbock weist darauf hin, dass ihm die englischen Veröffentlichungen aus Australien und Südafrika «über die dort so häufige Blasenwurmkrankheit» nicht zugänglich gewesen sind. Trotz grosser Mühe ist es mir nicht gelungen, hier irgendwie brauchbares Material zu sammeln; ich habe aber aus den Mittheilungen zahlreicher, seit langen Jahren in Südafrika praktizirender Aerzte nicht den Eindruck gewinnen können, dass die Echinococcenkrankheit hier besonders stark verbreitet ist.

Die Diagnose eines Echinococcus des Halses stützt sich auf die Constatirung der Fluctuation, auf das plötzliche Wachthum einer bisher umschriebenen Geschwulst und auf die charakteristische Lage derselben. In den meisten bisher beschriebenen Fällen ging der Tumor von der Scheide der grösseren Halsgefässe aus, erschien zunächst am äusseren Rande des Kopfnickermuskels und breitete sich dann über den inneren Rand desselben aus, sodass der Muskel die Geschwulst in 2 Theile theilte, deren Zusammenhang die Fortpflanzung der Fluctuation von dem einen zum anderen Tumor ergab. Für weiter vorgeschrittene Fälle, wie den von mir beschriebenen, ist diese charakteristische Form des Tumor bilobatus nicht zu verwerthen, da mit der Grössenzunahme neben anderen Halsorganen auch der Kopfnicker aus seiner normalen Lage verdrängt zu werden pflegt.

In einzelnen Fällen erschien der Tumor transparent, auch Hydatidenschwirren war zu fühlen; der Befund von Haken bei der Probepunction sichert die Diagnose, während das Fehlen derselben natürlich nicht gegen diese spricht.

Auch im vorliegenden Falle scheint der Echinococcus seinen Ausgangspunkt von der Scheide der grösseren Gefässe genommen zu haben, obgleich es immerhin auffallend ist, dass derselbe dort ganz lose und an anderen Stellen ausserordentlich fest adhaerent war. Von der Schilddrüse ist er nicht ausgegangen, da die Stelle des ersten Erscheinens ganz deutlich unterhalb des Unterkieferwinkels angegeben wird; ebensowenig wahrscheinlich ist sein Ursprung vom Kopfnicker, da für diese Fälle das Vorhandensein einer cystischen Geschwulst im Muskel als charakteristisch festgestellt wird.

Behufs Operation des Halsechinococcus wurde in 14 von den bei Güterbock erwähnten, operirten 24 Fällen die Incision mit nachfolgender Tamponade oder Drainage ausgeführt; in 10 Fällen erfolgte, wenn auch langsam, Heilung, in dreien trat der Tod durch Nachblutung ein, im 14. ist der Ausgang nicht erwähnt.

In 6 Fällen wurde die Exstirpation des Halsechinococcus sammt seiner bindegewebigen Kapsel ausgeführt — mit glatter und schneller Heilung.

Riedel und König verwerfen diese Operation, Güterbock hält sie nur bei sehr bedeutend ausgedehnten oder innig mit wichtigen Halsorganen auf grosse Strecken verwachsenen Geschwülsten für unausführbar. In 4 Fällen wurde die Punction als Behandlungsmethode gewählt, welche als veraltet betrachtet werden muss und von Peau[2]) in seinen 2 Fällen in Verbindung mit Drainage und Jodinjection anscheinend nur desshalb angewandt wurde, um die ambulante Behandlung der beiden Patienten zu gestatten.

Auch für mich war bei der Wahl der Operationsmethode dieser äussere Umstand maassgebend, da ich den Patienten nicht unter meinen Augen behalten konnte und daher die am schnellsten zur Heilung führende Methode vorziehen musste. Da sich die Verwachsungen in der Gegend der grossen Gefässe leicht lösen liessen, war diese Operationsart für den vorliegenden Fall jedenfalls die beste und am schnellsten zum Ziel führende.

[1]) Ueber Ecchinococcus des Halses, Archiv für klinische Chirurgie, Band 45, S. 912 etc.

[2]) l. c. S. 925.

Ueber Blutkörperchenzählung.

Vorläufige Mittheilung von Dr. *Franz Starcke*, Bad Berka (Ilm).

Nachdem Gottstein[1]) im vorigen Jahre als Erster darauf hingewiesen hatte, dass die Thoma-Zeiss'sche Zählkammer unter verschiedenem Luftdruck verschiedene Zählwerthe einer gleichen Mischung corpusculärer Elemente ergibt, machten Meissen und Schröder[2]) Anfang dieses Jahres Mittheilung über eine neue Kammer, welche unabhängig vom Barometerstand die wirklichen Werthe ergeben sollte. Neuerdings brachte Schröder[3]) neue diesbezügliche Angaben, nachdem von anderer Seite mit Stillschweigen darüber hinweggegangen worden war.

Da ich mich schon seit längerer Zeit mit Blutuntersuchungen nach dieser Richtung hin beschäftigt hatte, liess ich mir damals von Zeiss eine derartige Kammer nach Meissen-Schröder kommen und untersuchte die alte (No. I) und die neue (No. II) Kammer bei verschiedenem Barometerstand. Ich fand die Angaben Meissen's und Schröder's bestätigt, wurde aber durch äussere Verhältnisse an der Veröffentlichung verhindert.

Es zeigte sich auch mir, dass bei exactester Technik die Zahl der Blutzellen in Kammer No. I relativ ungefähr indirect proportional der jeweiligen Barometerhöhe war, dagegen in Kammer No. II sich ungefähr gleich blieb. Ich sage «ungefähr», denn eine geringe Vermehrung der zelligen Elemente bei niedrigerem Luftdruck blieb auch in der Meissen-Schröder'schen Kammer bestehen, was Schröder selbst in der letzten Arbeit erwähnt, und wofür er «andere Factoren des Gebirgsklimas verantwortlich macht», weil die Gottstein'schen Versuche im pneumatischen Cabinet bessere Resultate ergeben haben.

Da es mir bei der Beschickung der Kammer No. II trotz genauer Technik mehrmals passirte, dass in Folge der einseitigen Furche der Zählkammer das Deckglas ungleichmässig auflag, und in Folge dessen auch eine ungleichmässige Vertheilung der Blutkörperchen stattfand — die Erklärung hierfür dürfte wohl in der einseitig gestörten Adhaesion der beiden Glasflächen zu suchen sein — so liess ich mir von Zeiss eine Kammer mit zwei radiären, einander gegenüber liegenden Furchen anfertigen. Bei Benutzung dieser Kammer No. III fiel nicht allein obiger Uebelstand weg, sondern es zeigten sich auch bei niedrigerem Atmosphärendruck die Werthe der Blutkörperchen noch um etwas geringer als in Kammer No. II. Bei als normal angenommenem Barometerstand von 760 mm waren die in allen drei Kammern gefundenen Zahlen ohne nennenswerthe Unterschiede.

Vielleicht haben wir also durch diese abermalige geringe Abänderung der Meissen'schen Kammer die Ursache für die noch unerklärte oben erwähnte Differenz gefunden.

Zum Schlusse aus einer Reihe von Untersuchungen nur ein markantes Beispiel zur Illustration des Gesagten; die Veröffentlichung weiterer behalte ich mir vor.

M. D., 29jähr.	Bar.	K. I.	K. II.	K. III.
Chlorose.	745 mm	4,132,000	3,636,000	3,104,000.

Die Grundsätze bei der Prüfung neuer Heilmittel.

Von Prof. *W. His jun.*

(Schluss).

Wir müssen uns daher die Frage stellen, wer ist berechtigt, am kranken Menschen solche Versuche anzustellen.

Nun, in erster Linie doch gewiss diejenigen Aerzte, die ihre Kranken ständig unter Beobachtung haben, und bei eintretender Vergiftungsgefahr sofort zur Hand sein können; also die Vorsteher grösserer Krankenhäuser und Kliniken, um so mehr, als sie in Folge ihrer specialistischen Ausbildung am ehesten im Stande sind, die den Empfehlungen beigegebenen chemischen und pharmocologischen Vorarbeiten nach ihrem Werthe zu beurtheilen.

Gerade die Kliniker aber und erfahrenen Krankenhausärzte sehen wir meistens mit ganz besonderer Vorsicht und Reserve an diese Versuche herantreten; ihre Erfahrung hat sie die Gefahren und Bedenklichkeiten dieser Prüfungen kennen gelehrt; mit der Anwendung älterer Mitteln wohl vertraut, empfinden sie weniger das Bedürfniss nach Neuerungen; sie sagen sich mit vollem Recht: Unsere Kranken kommen mit dem Wunsch, möglichst bald und sicher geheilt zu werden, nicht um als Versuchsobjecte zu Gunsten chemischer Actionäre zu dienen; sie pflegen daher neue Mittel erst dann zu erwägen, wenn diese von gewichtigen Empfehlungen begleitet sind, oder die Unwirksamkeit älterer Methoden ein wirkliches Bedürfniss eröffnet.

Dieser Standpunkt, den die Erfahrensten unter den Aerzten fast ausnahmslos einnehmen, sollte, meine ich, überhaupt für jeden Praktiker der einzig maassgebende sein.

Wenn ich oben die Krankenhausärzte als die geeignetsten zu therapeutischen Versuchen am Menschen bezeichne, so sehe ich wohl ein, dass sie gegenüber der grossen Menge jährlich neu empfohlener Mittel nicht aufkommen können, da sie ja doch genug andere Aufgaben zu erfüllen haben; auch ist ihr Krankenmaterial in seiner Qualität gewissen Beschränkungen unterworfen. Es muss daher auch den Poliklinikern und Praktikern sehr wohl das Recht eingeräumt werden, neue Mittel praktisch zu erproben. Nur Eines soll unbedingt festgehalten werden: «Stark wirkende, noch wenig bekannte Mittel sollten unter allen Umständen nur an stehendem Material mit beständiger ärztlicher Aufsicht zur Prüfung kommen.

Wer auch immer an das Sammeln ärztlicher Erfahrungen geht, der muss sich vor Allem darüber klar sein, was der Begriff der Erfahrung denn eigentlich bedeutet. Unter dieser Flagge segelt aber recht viel. Die Hausmutter, der Schäfer, der Curpfuscher: sie alle brüsten sich mit ihren Erfahrungen. Wenn ein geimpftes Kind Phthise bekommt und stirbt, so sagt der Impfgegner: Weil das Kind geimpft ist, ist es gestorben; das ist seine Erfahrung: post hoc, propter hoc, namentlich, wenn es ihm in den Kram passt. Das nennen wir rohe Empirie. Der Impfarzt sagt: Ich habe 100 Kinder geimpft, davon hat Eines Phthise bekommen; unter 100 nicht geimpften Kindern bekommt auch wenigstens je Eines Phthise. Er argumentirt auch mit der Erfahrung, aber mit Rücksicht auf ihre Zahlenverhältnisse: Das ist die statistische Empirie. Der Bacteriologe sagt: Die Lymphe, sowie das Kalb, dem sie entnommen, sind frei von Tuberkelbacillen, ebenso die Impfpustel; somit kann die Impfung nicht Ursache der Erkrankung sein. Das ist ein Beispiel für rationelle Empirie. Wer hat Recht?

Lassen Sie uns diese 3 Formen der Erfahrung näher betrachten. Dass der Impfgegner in obigem Beispiel unrecht hat, leuchtet Jedem ein; er steht auf dem Standpunkt jenes Engländers, der in sein Tagebuch schrieb: «Die Einwohner dieser Stadt haben rothe Haare, stottern und sind sehr grob», weil der Einzige, den er zu Gesicht bekam, sein Kellner, zufällig diese Eigenschaften besass.

Wesentlich sicherer stellt die Statistik. Aber diese Wissenschaft hat ihre eigenen Gesetze und Fehlerquellen, die, obwohl seit einem halben Jahrhundert bekannt, doch nicht immer berücksichtigt zu werden pflegen. Das wichtigste Gesetz ist das der hohen Ziffer. Wenn ich in einen Sack 50 schwarze und 50 weisse Kugeln bringe, und nun blindlings mit der Hand eine Kugel herausgreife, so ist die Wahrscheinlichkeit ebenso gross, dass ich eine schwarze, als dass ich eine weisse Kugel erwische. Aber wenn ich die entnommene Kugel jedesmal wieder in den Sack zurückbringe, und den Griff 10 mal wiederhole, so kann es wohl vorkommen, dass ich 8 mal schwarze und nur 2 mal weisse Kugeln ergreife; bei 100 Kugeln wird das Verhältniss schon etwas eher gleich und gleich werden, aber erst bei vielen tausend Griffen kann ich mit Sicherheit darauf rechnen, dass die Summe der gefundenen Zahlen schwarzer und weisser Kugeln der berechneten Wahrscheinlichkeit entsprechen wird.

So einfache Verhältnisse begegnen uns aber kaum jemals in der medicinischen Praxis. Hätten wir eine Krankheit, die nach allen bisherigen Erfahrungen unbedingt tödtlich endigt, und

---

[1]) A. Gottstein: Ueber die Ursachen der Blutkörperchenvermehrung bei vermindertem Luftdruck. Allgem. medic. Centralzeitung 1897, No. 74.

[2]) E. Meissen und G. Schröder: Eine vom Luftdruck unabhängige Zählkammer für Blutkörperchen. Ein Beitrag zur Lösung der Frage von den Blutveränderungen im Gebirge. Münch. medic. Wochenschrift 1898, No. 4.

[3]) G. Schröder: Zur Frage der Blutveränderungen im Gebirge. Münch. medic. Wochenschrift 1898, No. 42.

es gelänge, durch ein bestimmtes Mittel einige oder alle Kranken am Leben zu erhalten, so dürfte die Zahl dieser Heilungen unbedenklich als statistischer Effect des Mittels angesehen werden.

Meist liegt aber die Sache so, dass auch ohne Behandlung an einer gewissen Krankheit nur ein bestimmter Procentsatz der Befallenen stirbt; es handelt sich nun darum, den Procentsatz der behandelten mit dem der unbehandelten oder anders behandelten Geheilten zu vergleichen. Hier treibt, wie bei den Kugeln, der Zufall sein Spiel, und dieser kann nur durch grosse Zahlen ausgeschaltet werden. Schon Gavarret hat darauf hingewiesen, dass Reihen unter 300 den grössten Fehlern Raum gewähren.

Wir haben ja bei der Beurtheilung des Diphtheriescrums den Aufbau einer solchen Statistik in grösstem Maasse erlebt, und gesehen, wie neue Schwierigkeiten dadurch eintreten, dass das zu vergleichende Material als solches ungleichwerthig ist. Einmal ändern die Infectionskrankheiten je nach örtlichen und zeitlichen Einflüssen ihre Mortalität innerhalb weiter Grenzen; dann ist das Material im genannten Falle dadurch ungleichartig geworden, dass die Diagnose durch Einführung der bacteriologischen Methode eine Verschiebung erlitten hat; endlich ist den Krankenhäusern zur Zeit der Serumbehandlung eine Menge von Leichtkranken zugeflossen, die früher zu Hause behandelt worden wären. Es war somit nöthig, eine genaue Sichtung der zur Statistik verwandten Fälle vorzunehmen, und den Ausschlag hat schliesslich nicht das rohe Zahlenverhältniss gegeben, sondern die Erfahrungen, dass der Einzelfall auf das Serum mit baldiger Besserung zu reagiren pflegt, dass die Heilung um so sicherer erfolgt, je früher das Mittel angewandt wird, endlich der Vergleich von Reihen behandelter und unbehandelter Patienten am gleichen Ort und zu gleicher Zeit; und es ist Ihnen bekannt, dass auch heute noch von beachtenswerther Seite die Deutung der gewonnenen Zahlen angegriffen wird.

Dabei ist zu bedenken, dass die Feststellung der Mortalitätsziffer ein der Statistik besonders leicht zugänglicher Grenzfall ist. Meist wird von den Mitteln lediglich eine Abkürzung der Krankheitsdauer, oder das Verschwinden gewisser Krankheitssymptome erwartet. Hier schleicht sich in die Statistik ein subjectives Moment ein, ein Urtheil des Beobachters. Sehr klar sagt Schmiedeberg: «Die Erfahrung wird auf diesem Gebiete in der Regel in der Weise gewonnen, dass der Beobachter sich auf Grund vorhandener Angaben oder eigener Anschauung zunächst eine Vorstellung von dem weiteren Verlaufe des Krankheitsfalles bildet, und danach die ihm zweckmässig scheinende Behandlung einleitet. Durch Vergleichung des nach der letzteren eingetretenen Verlaufs mit dem ursprünglich gedachten wird dann der Erfolg des angewandten Mittels abgeschätzt. Da aber jene Voraussetzung über den Verlauf der Krankheit keineswegs eine zutreffende zu sein braucht, so ist es verständlich, dass es mehr oder weniger von der subjectiven Auffassung abhängt, welchen Einfluss der Beobachter dem angewandten Mittel zuschreiben, und in welchem Umfang er die eingetretene Wirkung abhängig machen will. Daher ist das durch diese subjective Schätzung gewonnene Wissen ein sehr unsicheres, gegen das der Eine mit kritischen Bemühungen zu Felde zieht, während ein Anderer darauf fusst, und mit Stolz von seiner positiven Richtung spricht. Solche durch Schätzung gewonnene Sätze können sich allerdings im Laufe der Zeiten derart vervielfältigen und nach derselben Seite summiren, dass sie zuweilen den Werth von Thatsachen erlangen.» (Grundriss 1895, p. 10.)

Es gibt ja Fälle, wo das Urtheil schon nach wenigen Beobachtungen mit ziemlicher Bestimmtheit abgegeben werden kann: so über die antithermische Wirkung der Antipyretica, die antineuralgische Wirkung der Nervina; das sind Fälle, die einem reinlichen Experimente gleichen, und bei denen der Zufall relativ leicht ausgeschaltet werden kann. Schon schwieriger ist die Beurtheilung von Abführ- und Schlafmitteln, weil da die Suggestion eine grosse Rolle spielt; wird sie nicht ausgeschlossen, so sind selbst grosse Beobachtungsreihen völlig werthlos. Am allerschwierigsten wird aber das Urtheil, wo es sich um Linderung langdauernder, wechselnder Schmerzzustände oder um Besserung langwieriger chronischer Krankheitsprocesse handelt. Wer die Geschichte der Phthiseotherapie von dem im Zimmer ausgebreiteten Seetang, der des siechen Laënnec letzte Hoffnung bildete, bis zur Heissluftbehandlung und dem Tuberculin verfolgt, der wird recht bescheiden und skeptisch, und nimmt es kritischen Patienten nicht mehr so übel, wenn sie manchmal von der «Heilkunst» nicht ganz so überzeugt sind, wie deren Vertreter. Solche historische Rückblicke sollte eigentlich jeder Arzt von Zeit zu Zeit einmal vornehmen, als untrügliches Specificum gegen jenen ehrlichen, aber unkritischen Enthusiasmus, der unserer Kunst den Echternacher Springschritt aufzwingt, und der der eigentlich wahre Feind des therapeutischen Fortschrittes ist. Denn wer ein unwirksames Mittel als gut anpreist, hat nicht nur seine und seiner Patienten Kraft und Zeit auf dem Gewissen, sondern verleitet auch Andere zu gleicher Vergeudung; bekanntlich hat der Irrthum das zähe Leben einer Hydra.

In den Jugendjahren der exacten Medicin, als man diese um jeden Preis der Naturwissenschaft als Tochter unterschieben wollte, glaubte man den therapeutischen Effect erst dann anerkennen zu dürfen, wenn man ihn gewissermaassen a priori aus physiologischen und pathologischen Erfahrungen ableiten konnte: das nannte man rationelle Medicin. Die Vertreter dieser Anschauung sind in reiferem Alter alle vom Extrem zurückgekommen; die Erfahrung hat sie gelehrt, dass der menschliche Organismus ein viel zu complicirtes Gebilde, unsere Kenntniss von demselben eine viel zu schwierige und unvollkommene sei, der Kranke aber nicht warten könne und wolle, bis die Wissenschaft das Gebäude einer pathologischen Physiologie vollendet habe. Jene hyperexacte Schule hat sogar direct geschadet; sie ist schuld gewesen an dem therapeutischen Nihilismus, dem wir die Aftermedicin dieses Jahrhunderts zu danken haben; sie hat die Einführung der Hydro- und Mechanotherapie verzögert, weil sie deren Wirkung nicht begreifen konnte; noch heute kämpfen wir gegen die letzten Ausläufer dieser unseligen Richtung.

Wenn wir uns gegen den extremen Rationalismus wenden, so wollen wir damit nicht die Ratio, die Vernunft aus der Medicin entfernt wissen. Ein Einsichtiger konnte sich denken, dass, wenn Liquor ferri, auf eine Wunde gebracht, das Blut coagulirt, desswegen einige Tropfen desselben, per os eingeführt, doch nicht an einer blutenden Lungenarterie dieselbe Wirkung äussern können; ebenso konnte man sich sagen, dass die paar Tropfen Carbolsäure, Kreolin, Ichthyol, die der menschliche Magen erträgt, nicht im Stande sein würden, bei der grossen eintretenden Verdünnung den gesammten Inhalt und die Wand eines Typhusdarms zu desinficiren. Und doch existiren über derartige Versuche ganz artige Stösse von Literatur.

Ueberblicken wir nochmals unseren Gedankengang. Sie sehen, nicht die rohe, nicht die statistische und nicht die rationelle Methode allein verspricht uns sichere Erfahrungen. Unsere Methode muss die sein, dass wir alle diese Methoden benützen. So wird, um auf obiges Impfbeispiel zurückzukommen, der vorsichtige Arzt alle Momente abwägen und sagen: «Beide, der Impfarzt und der Bacteriologe liefern mir werthvolle Daten: selbst, wenn eine directe Uebertragung der Tuberculose durch die Lymphe in diesem Falle ausgeschlossen ist, das Kind durch die Abstammung von tuberculösen Eltern den Keim der Krankheit in sich trug, so wissen wir doch, dass durch intercurrente Krankheiten dieser Keim zur Entwicklung kommmen kann; nun hat aber dieses Kind die Impfung leicht und ohne Störung seines Befindens überstanden, somit ist es wahrscheinlich, dass in diesem Falle Impfung und Phthise ausser Zusammenhang stehen.» Das ist dann die kritisch gesichtete Erfahrung dieses Falles; summiren sich ähnliche Erfahrungen, dann wächst mit ihrer Zahl auch der Grad der Wahrscheinlichkeit bis nahe der Gewissheit.

Eine derartige, auf Erfahrung und Ueberlegung gegründete Kritik des zu Erwartenden sowie des Erreichten muss nothwendig jedem therapeutischen Versuche zur Seite stehen; nur unter dieser Voraussetzung ist man berechtigt, jene hippocratische Vorschrift zu befolgen, die gebietet, Nichts ungeprüft anzunehmen, noch zu verwerfen.

Es ist nicht zu übersehen, dass die Bedingungen für eine möglichst gesicherte Erfahrung in unserem quantitativ gesinnten

Jahrhundert wesentlich günstiger geworden sind in Folge der Genauigkeit, die wir unseren Beobachtungen durch die Anwendung der messenden Methoden zu geben im Stande sind. Bestimmungen des Körpergewichts, der Körpertemperatur, des Blutdrucks, der Pulsformen; die objectiven, durch physicalische Diagnostik, Palpation und Skiagraphie ermittelten Veränderungen der Körperorgane, chemische Harn- und Stoffwechseluntersuchungen: das sind zahlenmässige Belege für das Urtheil, die denn auch den Publicationen in weitestem Umfang als Beweismaterial unterzulegen sind. Vorausgesetzt ist dabei, dass die Methoden vom Untersucher thatsächlich beherrscht werden, d. h. dieser nicht allein die mechanische Anwendung der Apparate, sondern auch deren Fehlerquellen und Fehlergrenzen kennt. Das verlangt aber gründliches Studium, sonst kommt, wie bei den pharmacologischen Untersuchungen, eine Scheingenauigkeit heraus, die nur verwirren kann. Missbräuchliches Voltigiren mit unverstandenen Pulscurven und Stoffwechselversuchen spielt in der therapeutischen Literatur eine grosse Rolle.

Von allergrösster Wichtigkeit ist, dass wir gelernt haben, einen Einfluss auszuschalten, der in früheren Zeiten die Wahrheit bis zur Unkenntlichkeit zu verunstalten im Stande war: den der Suggestion. Noch heute liegt diese mächtige Kraft einer ganzen Reihe von populären Heilmethoden als einzig erkennbares Agens zu Grunde; von ihrer Wirkung auf das körperliche und geistige Befinden Siecher weiss jeder Arzt zu erzählen. Erfolge, oft als Massensuggestion, pflegen das Auftreten neuer Heilmethoden zu begleiten; in lebhafter Erinnerung ist uns noch die Jugendzeit der Elektrotherapie, die Suspension der Tabiker, und, leider auch das Tuberculin. Wir lachen über Lourdes, sollten aber die daraus gewonnene Erfahrung beherzigen, und stets den ersten Enthusiasmus verrauchen lassen, ehe wir uns entschliessen, unsere «Erfolge» der Mit- und Nachwelt zu übergeben.

Meine Herren, werfen wir einen Rückblick auf den durchschrittenen Weg voll Täuschungen und Gefahren. Sie werden mir beistimmen: Therapeutische Versuche sind nicht so einfach, als man gewöhnlich denkt, und wer sich nicht täuschen will, der muss über ein reiches Maass von Erfahrung, Können und kritischer Vorsicht verfügen. Wer sich darin nicht sicher fühlt, lasse lieber im richtigen Gefühl seiner Verantwortung gegen den Kranken die Finger von solchen Experimenten, oder behandle wenigstens seine «Erfolge» zunächst als Privatgeheimniss. Auch in der Medicin sind es die «Cunctatores», denen schliesslich der Sieg zufällt.

Ars longa, vita brevis, experientum fallax, judicium difficile.

Mit diesem ehrwürdigen hippocratischen Spruch lassen Sie mich meine Erörterungen schliessen.

Aber ich muss noch ein Postscriptum beifügen: einen juristischen Anhang.

Es ist nicht meine Aufgabe, hier das sämmtliche Gesetzesmaterial über den Verkauf von Arzneimitteln kritisch zu sichten. Aber auf einen, wie mir scheint, bedenklichen Uebelstand möchte ich doch aufmerksam machen.

Unsere Gesetzgebung befolgt den Grundsatz: Was nicht verboten ist, ist erlaubt. Sie bestimmt namentlich diejenigen starkwirkenden Arzneimittel, die dem Handverkauf entzogen sind, d. h. nur auf ärztliche Verordnung abgegeben werden dürfen. Aber sie enthält, soviel ich sehe, keine Bestimmungen über neue Heilmittel; nur von Fall zu Fall, oder bei Ergänzung des Arzneibuches, reiht sie neue Mittel der Tabelle B und C ein. Mir scheint, auf diese Weise deckt man den Brunnen erst, nachdem das Kind hineingefallen. Richtiger würde es sein, neue Mittel so lange dem Handverkauf vorzuenthalten, bis die oberste Medicinalbehörde sich über deren Gefahrlosigkeit informirt und ausgesprochen hat. Damit wäre auch dem Gelüste des Publicums nach Novitäten eine gewisser Riegel vorgeschoben; zwar verschwände mancher schöner Placatschmuck, aber auch manche Intoxication, und dies scheint mir wenigstens das Wichtigere.

Erlauben Sie, meine Herren, dass ich die Kernpunkte meiner Ausführungen in einigen Thesen zusammenfasse, die ich unseren Herrn Vorsitzenden bitte, zur Discussion zu stellen.

Thesen.

1. Das planmässige und industrielle Aufsuchen und Herstellen neuer Heilmittel ist vom Arzt wie vom leidenden Publicum an sich als werthvolle Bestrebung zu begrüssen.

2. Die Bemühungen der Industriellen um möglichst rasche Verbreitung und Prüfung, sowie baldige Publication der Prüfungsergebnisse führt zu Missständen, die dem Interesse der Kranken, wie dem Ansehen des ärztlichen Standes zuwiderwirken.

3. Der Prüfung eines Heilmittels hat unbedingt vorauszugehen:

a) Eine ausführliche und vollständige Untersuchung der Wirkung am Thier; dieselbe ist von pharmacologisch gebildeten Fachmännern vorzunehmen. Ohne solche Untersuchung sollte kein Mittel zur Verwendung am Menschen kommen.

b) Eine sachgemässe Ueberlegung, ob auf Grund der heutigen klinischen und experimentellen Kenntnisse eine Heilwirkung des Mittels voraussichtlich zu erwarten sein wird.

4. Starkwirkende Mittel sollten unbedingt nur an ständigem Krankenmateriale mit beständiger ärztlicher Aufsicht (also in Krankenhäusern und Kliniken) versucht werden.

Weniger giftige Mittel sind zum Versuch auch in der poliklinischen und Stadtpraxis zulässig.

5. Zum Urtheil über die Wirkungen neuer Mittel sind nur solche Aerzte befähigt, die durch literarische und persönliche Erfahrung über den Gang der Krankheiten im unbehandelten oder anders behandelten Verlauf hinreichendes Wissen aufweisen. Anfänger in der Praxis, denen diese Erfahrung nicht zu Gebote steht, sollten therapeutische Versuche thunlichst unterlassen.

Die Publication therapeutischer Erfahrung dürfte nur unter genauer Angabe der als Besserung zu deutenden objectiven Symptome geschehen. Urtheile wie «gebessert», «geheilt» sind werthlos.

Statistische Zusammenstellungen, die nicht jeden Einzelfall kritisch sichten, sind unnütz, ja schädlich.

6. Wünschenswerth wären gesetzliche Maassnahmen, die den Handverkauf neuer Mittel so lange untersagen, bis er von den Medicinalbehörden ausdrücklich freigegeben wird.

Feuilleton.

Iserlohn—Barmen—Remscheid.

3 Phasen eines Kampfes der Aerzte gegen die Einführung der Landmann'schen Reformen im Kassenarztwesen.*)

Von Dr. *Winkelmann* in Barmen.

M. H.! Kämpfe der Aerzte mit den Vorständen der grösseren Krankencassen kennen wir fast so lange, als die Krankenversicherung der Arbeiter diesen die Vortheile künstlich verbilligter ärztlicher Hilfeleistung auf Kosten des Wohlergehens der Aerzte und ihrer Familie gewährte. Gewiss ist der Arzt der erste, der den niederen und unbemittelten Classen gerne Wohlthaten, Hilfe und warmes Mitgefühl entgegenbringt, gerne sage ich, — so lange er dies aus freien Stücken, aus edler Menschenliebe thun darf. So lange frägt er auch nicht darnach, ob der ihm von den Versicherungen gebotene Ehrensold gar kärglich bemessen ist, so lange als ihm selbst wenigstens Freiheit im ärztlichen Handeln gelassen ist, so lange nicht sein Ehrgefühl und seine Standeswürde vom Grössenwahn irrgeleiteter Cassenpaschas mit Füssen getreten wird, so lange nicht das Drücken von Seiten der Cassenverwaltungen es erreicht, dass der Arzt für hingebende und aufopfernde Thätigkeit statt eines kleinen und kleinsten Ehrensolds — noch nicht einmal Dienstmannslohn erhält, aber viel Hohn und Missachtung obendarein. Fragen Sie diejenigen Herrn, die milde Stiftungen zum Besten der Hinterbliebenen deutscher Aerzte verwalten, wieviel Bittgesuche hungernder Arztwittwen und Waisen einlaufen und wie wenig berücksichtigt werden können, und Ihr Herz wird bluten beim Gedanken an alles Elend, allen Kummer, alle Sorgen, die Aerzte hinterlassen mussten, nachdem sie sich Jahre und Jahrzehnte lang für Reich und Arm, Gross und Klein aufgeopfert hatten. Fürwahr, es ist nicht wunderbar, wenn durch den ewigen Druck von aussen der deutsche Arzt in sich geht und fragt: Wohin soll das noch kommen? Es nahen die bessern Zeiten, aber jeder von uns muss thun, was er kann, um den Stand der Aerzte in Deutschland zu heben, ihn unabhängig und wiedergeachtet zu ge-

*) Vortrag, gehalten am 7. November in der gemeinsamen Sitzung der Aerztevereine Barmens, Elberfelds und des bergischen Landes.

stalten, wie ehemals. Solange wir bei jeder neuen Last, die unsern Schultern aufgebürdet wird, nur den Rücken beugen und höchstens zu stöhnen uns erkühnen, so lange wird man uns auch weiter beladen und durch einen Fusstritt antreiben. Dem Einzelnen unter uns ist es natürlich schwer, ja oft unmöglich, dem Brotzwang, den übermüthige Cassenvorstände dem Arzte und dessen Familie auferlegen, Widerstand zu leisten; er muss — bis er zusammenbricht. Der Gesammtheit der Aerzte, dem ganzen Stande müsste es ein Leichtes sein, den Grossmachtsgelüsten verführter Cassenvorstände erfolgreich entgegenzutreten — wenn nicht noch immer vereinzelte Aerzte, nicht Collegen, da wären, welche ihre «subtileren Standesehrbegriffe», ihre wissenschaftlichen und oft auch politischen Ueberzeugungen dem Mammon zum Opfer zu bringen bereit sind. Iserlohn—Barmen—Remscheid bilden 3 Marksteine auf dem Felde des Kampfes für Standesehre und -Würde gegen Bedrückungs- und Knechtungsgelüste der Cassenvorstände oder vielmehr gegen das System des Schädlings des Aerztestandes Dr. Landmann, der die Cassenvorstände wie Gliederpuppen zum Ruin des Aerztestandes ad majorem ipsius gloriam ausspielen wollte. Moralisch haben die vereinigten Aerzte in allen 3 Städten gesiegt. Keiner ist den Verführungen erlegen. Wirthschaftliche Schäden tragen heute noch Iserlohn und Remscheid; Barmen ist wie die beiden andern Städte auch um einige Landmanns-Jünger vermehrt. Aber überall ist das System Landmann's unterlegen, wenigstens moralisch.

I. In Iserlohn hatte sich auch, wie leider in vielen Krankencassen des Industriebezirks, das Landmann'sche System eingeschlichen: Es wurde in durchaus unehrlicher Weise durch versteckte Drohungen auf die Aerzte gedrückt, den Arzneimittelverbrauch der Mitglieder zu beschränken. Gegen Einsprachen der Cassenmitglieder hiess es wie überall, die Aerzte müssen verschreiben, was sie für nöthig erachten. Thun sie es nicht, so erfüllen sie ihre vertragsmässige Pflicht nicht. Hat aber der Arzt einen nicht genügend kleinen Arzneimittelaufwand aufzuweisen, blieb er mit seinem Verbrauch über dem Durchschnitt — das bleibt ja immer ein Theil — so erhält er eine Warnung. Der Gewarnte «bessert» sich: der vordem billigere kommt dann jetzt an die Reihe einen Denkzettel zu erhalten u. s. w. Eine Erfindung, fast so patentfähig, wie Miquel's Steuerschraube. Aber Alles nimmt sein Ende. In Iserlohn wurden noch im vorigen Jahre gezahlt Mk. 2 von den unverheiratheten und Mk. 4 von den verheiratheten Cassenmitgliedern für ärztliche Behandlung eines ganzen Jahres! Die für 6 Wochen ausgegebenen Arztscheine, mit denen die Aerzte sich in die Pauschsumme theilten, standen auf 82—86 Pfg.; ein Besuch ausserhalb der Stadt bis 8 km weit wurde mit 55 Pfg. honorirt! Als Cassenmitglieder wurden mitgeführt jüngere Kaufleute, ja selbst Fabrikanten! Als die Iserlohner Collegen vom 1. Jan. 1898 ab die Sätze des Aerztevereinsbundes M. 3 und 9 verlangten und die brutale Kündigung eines Collegen auch als für Alle bestehend annahmen, wollte der Vorstand «nicht Stiefelputzer der Aerzte» sein und suchte durch Anzeigen im Aerztl. Centr. Anz. sich 3 neue Aerzte, die ihm ganz gefügig sein sollten. Es erschienen die Herren Dr. med. Niessing, Zanssen und Frank und schlossen den berühmten Isenlohner Vertrag ab (Mustervertrag Landmann's), den sich jeder auf Seite 14 des Aerztl. Vereinblattes für 1898 ansehen kann. Empfehlenswerth für anderweitige Vertragsabschlüsse sind folgende Stellen: «Bestellungen und Consultationen auf offener Strasse sind nicht gestattet.» «Mindestens alle 6 Wochen hat jeder Arzt Anspruch auf eine Vertretung für die Zeit eines Kirchenbesuchs am Vormittag». «Auch wird die Beachtung etwaiger Anregungen, die der Vorstand im Einverständniss mit seinem Revisions- und Vertrauensarzt Dr. Landmann in Elberfeld, im Casseninteresse zu geben für erforderlich hält, jedem Arzte zur Pflicht gemacht.» Der Dienst in der Landmann'schen Poliklinik sollte von 8—6 Uhr Sommers, Winters nur von 9—5 Uhr dauern. Mir schrieb ein dortiger College unter dem 5. Mai 1898: «Die erste grosse Erregung unter den Cassenmitgliedern hat sich gelegt und legt sich anscheinend immer mehr. Zuerst grosse Klagen über pauvre und sparsame Behandlung, Verletzung des Schamgefühls etc. Jetzt reichliches Verschreiben von Wein, sehr theuren Arzneien (Ferratintabletten z. B. in Massen), so dass die Apothekenrechnungen jetzt eine Höhe erreicht haben, wie nie zuvor; Ausziehen jedes Zahns in Aethernarkose, Entbindung fast immer zu zweien etc.». O Landmann, wie sind Deine Wege doch wandelbar und unerforschlich!! Um dem Drängen der Arbeiter, welche mit dem neuen Massenbetrieb, trotz seiner höchst durchsichtigen Bestechungsfreigebigkeit nicht zufrieden waren, nachzugeben, richteten die Iserlohner Collegen ein «Abonnement für Cassenmitglieder» ein. Diese zahlten einem freigewählten Arzt M. 10 praenumerando für Behandlung der ganzen Familie während Jahresdauer (die Casse vordem M. 4!) Einzelne Collegen hatten 50 und mehr solche «Abonnements». Ende Mai wären beinahe die neuen Aerzte der Landmann'schen Poliklinik durch die Mehrzahl der Arbeitnehmer gestürzt worden, wenn nicht die Arbeitgeber, vom Vorstand bedümmelt, mit 2 Stimmen Majorität der schmachvollen Einrichtung weiteres Leben geschenkt hätten. Jetzt seit 1. Juli sind die Iserlohner Zierden des Aerztestands definitiv auf längere Jahre oder gar auf Landmann'sche Lebenszeit, ob auch schon mit Pensionsberechtigung, habe ich noch nicht erfahren, angestellt. «Die Verschreibungsweise ist natürlich bald eine ganz andere geworden. Das meiste wird im Locale, genannt Poliklinik, fertig verabreicht: Verbandstoffe, Einreibungen, Bismutpulver etc., das macht die Mitglieder am meisten unzufrieden und selbstverständlich auch die Apotheker, die kurzsichtig genug waren, erst deren (sc. der Landmänner) gute Behandlungs- und Verschreibungsweise zu rühmen». «Wie sich die 3 Landmann-Aerzte fühlen, weiss ich nicht. In Gesellschaft trifft man sie nicht; Mitglied des Offiziersvereins kann hier keiner von ihnen werden». Es stehen bis jetzt die Angelegenheiten in Iserlohn also folgendermaassen: 3 Landmann-Aerzte mit Landmann-Poliklinik; Majorität unter den Arbeitern der Generalversammlung gegen die Poliklinik; der Vorstand ist landmännisch; die Iserlohner Collegen haben ein «Abonnement» eingerichtet, unter dem sie, (wie ich später ausführen möchte, ist dies ein grosser taktischer Fehler) einen Theil der Versicherten mit ausreichender ärztlicher Hilfe versehen, und durch das sie indirect das Landmann'sche Luftschloss künstlich hochhalten.

II. In Barmen sehen wir zum ersten Mal die Cassenärzte zielbewusst alle ihnen gesetzlich zustehenden Mittel gebrauchen; sie siegen trotz Lug und Trug, mit dem die Gegenpartei gearbeitet, und zwar mit Hilfe des gesetzmässigen Dazwischentretens der kgl. Regierung. Darf ich Ihnen nochmals kurz die springenden Punkte in der Kampfgeschichte aufzählen: Die Ursachen des Streites lagen gerade wie in Iserlohn in der systematischen Verhetzung des Cassenvorstandes durch Dr. Landmann, durch die eine allmähliche Herausdrängung des ganzen ärztlichen Einflusses aus den Krankencassen zu Gunsten sozialpolitischer, gefügiger Parteistreblinge erreicht werden sollte. Wer bei der langsamen und treulosen Wühlarbeit der letzten Jahre noch immer glauben zu dürfen meinte, das Vorgehen des Cassenvorstands sei nur begründet durch die Absicht, durch Sparsamkeit in die Lage zu kommen, dem kranken Arbeiter möglichst viele Vortheile zu bieten und möglichst alle menschlich berechtigten Wünsche zu erfüllen, der sah sich mit Hohn überschüttet in der berüchtigten Schmähbroschüre Landmann's, in der die geiferbesudelte Fahne dieses Reformators entrollt wird. Der stolze Verfasser dieses Machwerks hat glücklicherweise die Veröffentlichung so eilig gehabt in seinem Siegesübermuth, dass noch bei Zeiten auch den leichtgläubigsten Collegen die Augen aufgehen mussten über den Abgrund der Verworfenheit, in den der grosse Reformator den ärztlichen Stand ziehen wollte. Wer hineingefallen ist, ist es nicht unwissend, nicht ohne sein Verschulden; sie, die sich meldeten, kannten Alle das edle Machwerk ihres neuen Revisions- und Vertrauensarztes, sie haben Alle nur diesem und ihrer Meldung bei diesem ihre schöne Brot- aber nicht Ehrenstellung zu verdanken. Den Anlass zum Ausbruch des Kampfes bot der vom Vorstand zum 1. April in Aussicht genommene Streit mit den Apothekern Barmens. Um der Casse die nöthige Rückendeckung zu geben zum Angriff gegen die Apotheken, verlangte sie Mitte Februar von uns die Zusicherung, dass die Aerzte ein kleines Drogengeschäft für die Casse übernehmen und die Receptur im Falle, dass die Apotheker den Credit der Casse kündigen würden, selbst taxiren und aus einer kleinen der Casse gehörigen Vorrathssumme vorstrecken sollten. Ich wiederhole, die Casse befand sich nicht in einer Nothlage den Apothekern gegenüber, sondern sie wollte diese erst angreifen. Sie wusste und wollte, dass sie eine Ablehnung des entwürdigenden Anerbietens von Seiten der Aerzte erfahren würde, desshalb sah sich der Vorstand durch Vermittlung der Cassenarztagentur Landmann bei Zeiten nach der für seine Zwecke brauchbaren Sorte von Aerzten um. Es liefen bei Landmann Meldungen ein auf 2 seiner Inserate, in deren einem er, wie sein Busenfreund, der frühere Vorsitzende der hiesigen Krankencasse später officiell erklärte, den Namen der Casse eigenmächtig missbraucht hat. Zum 1. April resp. 1. Mai sollte hier das Landmann'sche System zugleich mit der Familienbehandlung eingeführt werden. Ein zu diesen hochmodernen, volksbeglückenden Einrichtungen nöthiges Beiwerk decorativer Art war bereits angestellt, natürlich auch gegen jede gesetzliche Erlaubniss, ein Frl. Dr. Moesta, die in der Schweiz approbirt war. Die Genehmigung der Anstellung dieser nicht approbirten Heilkünstlerin wurde behördlicherseits untersagt. Um ihr aber doch die cassenärztliche Thätigkeit zu ermöglichen, erhielt sie von den DrDr. Landmann und Ollendorff blanco unterschriebene Recepte, die sie theils ganz, theils nur mit dem Namen des Empfängers ausfüllte. Die rechtlichen Verhältnisse dieses Handelns sind allerdings recht gefährliche: Das Recept ist eine Urkunde; und ein Arzt, der vor einiger Zeit seinem Assistenten und Vertreter derartige vorher unterschriebene Receptformulare zurückgelassen, wurde wegen Urkundenfälschung und Betrugsversuchs staatsanwaltlich belangt; ob die Bestrafung durch alle Gerichtsstände hindurch aufrecht erhalten wurde, weiss ich allerdings nicht ganz. Gefährlich und nicht einwandsfrei sind derartige Geschäftskniffe immerhin. Nun, mit dem 1. Mai wurde es nichts mit der Poliklinik; beamtete Aerzte konnten gleichfalls nicht angestellt werden, da unser Vertrag, der trotz der Kündigung der Casse bis 1. Juli laufen musste, nur Anstellung auf gleichlautenden Vertrag ohne Sonderabmachungen gestattete. Darauf wollte die Casse uns sicher machen, um uns plötzlich, wenn ihre Statutenänderung betr. Poliklinik und Familienbehandlung genehmigt wäre, uns mit Thatsachen zu überrumpeln. Das gelang nicht. Erstens wurde das Project behördlicherseits abgelehnt, und zweitens passten wir selbst auf. Am 18. Juni sprangen die Bomben. Wir theilten der

Casse mit, dass sie, falls kein neuer Vertrag bis dahin zu Stande käme auf Grund unserer berechtigten Forderungen, am 1. Juli keine Aerzte mehr in Barmen und Umgebung mit Ausnahme des ihr ergebenen Dr. Ollendorff und des Landmann'schen Genossen Dr. Rubensohn haben würde. Vertragsverhandlungen zerschlugen sich. Die Casse konnte angeblich unsere Forderungen: dreijährig-unkündbare Verträge, die alle denselben Wortlaut haben müssen, Einführung einer ärztlichen Vertrauenscommission, durch die alle Ausstellungen und Bemerkungen der Casse den Aerzten gegenüber gehen sollten, Honorar nach den Sätzen des Aerztevereinsbundes, bei Neuanstellung von Cassenärzten Bevorzugung der bereits ansässigen Aerzte, nicht erfüllen. Die Verhandlungen scheiterten; die Casse konnte ja nach Landmann's Zusicherung jederzeit genug hungernde Aerzte auf der Strasse auflesen, seine Agentur stand ja mit so vielen Aerzten «schon seit längerer Zeit» (sagt Dr. Holländer in seiner Erwiderung im Aerztl. Ver.-Bl.) in Unterhandlung. Es hielt aber doch recht schwer, genügend Aerzte nach Barmen zu ziehen. Eine ganze Anzahl kam, sah und floh, froh, dass ihr Name noch unberühmt in der Geschichte des Aerztestandes bleiben durfte, als sie den Abgrund sahen, in den sie sich und ihre und ihrer Familie Zukunft werfen sollten, um Phantasiegebilde eines Agitators, wie Landmann, in Wirklichkeit umzusetzen und um dessen materielle wie politische Stellung den treuen Cassenvorständen gegenüber nicht durch eine Niederlage vernichten zu lassen. 5 ganze blieben, mit denen die Casse schleunigst bindend abschloss: Die DDr. Rehfeld, Niggemann, Schaeffer, Holländer und Woltmann. Diese Zahl sollte genügende ärztliche Hilfe, unterstützt von Dr. Rubensohn und Ollendorff, für die Casse leisten können; ausserdem mussten vertragsgemäss die homöopathischen Aerzte — «leider» machten sie bekannt — noch einige Wochen aushalten. Wie lächerlich wirkt gegen dies anspruchslose Häuflein, die grosse Zeitungsanzeige: 20 Wohnungen für Aerzte gesucht in allen Stadttheilen, auch Wirthschaftszimmer zur Abhaltung der Sprechstunden etc.! Wie kläglich fiel der Versuch aus, mit dieser Arztzahl auch nur eine Woche bei geringstem Krankenstand auszukommen, obgleich die meisten Patienten bei ihren alten Aerzten auf eigene Kosten in Behandlung blieben, da sie den neuen als Landmann-Aerzten weder Vertrauen noch als «Streikbrechern» Achtung entgegenbringen zu können behaupteten. Wie leicht hatte es am 6. Juli die Regierung an der Hand der Hunderte und Tausende von Beschwerden, trotz aller Versicherungen des Cassenvorsitzenden, zu erklären, es sei für genügende Hilfeleistung nicht gesorgt, so dass der Cassenvorstand, um nicht das Heft ganz aus der Hand zu verlieren, froh sein musste, als er mit den als vorher unmöglich abgelehnten Forderungen der Aerzte einen neuen Vertrag auf 3 Jahre erzielen konnte. Seine Pläne, betr. die Einführung der Landmann-Poliklinik sind damit durch Vertrag auf 3 Jahre begraben, selbst, wenn die Aufsichtsbehörde ihre Ansicht über die Unzulänglichkeit derartiger Massenbehandlungsinstitute ändern sollte. Interessant ist schon hier bei uns Folgendes: Die Casse lehnte es ab, mit den auf dem Boden der Standesordnung stehenden Aerzten abzuschliessen, aus Furcht vor der Einführung einer staatlichen Standesordnung; mit den ihren Plänen gefügigen contrahirte sie sofort gleich auf 3 Jahre mit dem stolzen Bewusstsein, dass gegen feste Verträge auch die kommende Standesordnung nichts würde machen können. Die 3jährige Anstellung mit festem Gehalt oder hier mit Garantiesumme von 4000 M. Einkommen aus der Casse, sollte die Casse so stark finanziell binden, dass die Regierung vor der Alternative stände, die Casse machen und thun lassen, was sie wollte, oder aber sie vor unerschwingliche Ausgaben für nicht geleistete ärztliche Hilfe zu stellen. Hier missglückte auch dieser falsche Plan, dadurch, dass es eben nur eine Garantiesumme war, und dass die Vergeudung des Cassenvermögens durch die geringe Zahl (5) der überflüssig gewordenen Aerzte die Casse nur vor weiteren übermüthigen Plänen, aber nicht an der Erfüllung ihrer gesetzmässigen Pflichten hindern konnte. Die neuen Aerzte sollten fortgeschafft werden, sie blieben aber da; wirklich ernstliche Versuche wurden seitens des Cassenvorstandes auch nicht gemacht; vielleicht war auch dem Spiritus rector des Vorstandes ein kleines Musterlager gefügiger Aerzte recht angenehm als Sicherheit gegen anderweitige Nothlagen, wenn Landmann's Projecte etwa wieder irgendwo gefährdet wurden. War doch gerade um dieselbe Zeit der Vorstand in Remscheid genügend breit geschlagen, seine Kraft und Kunst in der Durchführung tückischer Pläne gegen die Aerzteschaft Remscheids zu probiren. Doch zurück nach Barmen. An freundlichen Ermahnungen der doch unparteiischen Bürgerschaft an die neuen Aerzte, die zum Theil bemitleidet wurden, hat es nicht gefehlt.

Einzelne dieser Aufforderungen sind sogar recht deutlich, z. B. die eines Arbeitgebers in der Westdeutschen Zeitung vom vom 12. Juli 1898:

«Es wäre eine Zumuthung an die bisherigen Cassenärzte, die Cassenpraxis gemeinsam mit Herren auszuüben, welche keinen Anstand genommen haben, in dem Conflict zwischen den Aerzten und der Casse unter Preisgebung der Interessen des ärztlichen Standes sich als Sturmbock gegen die in ihren durch Pflicht und Ehre gebotenen Forderungen geschlossen vorgehenden Collegen gebrauchen zu lassen. Jeder rechtlich denkende Mann wird einsehen, dass die Cassenärzte die Fernhaltung solcher Eindringlinge als einen der wesentlichsten Punkte des Abkommens ansehen müssen, und wir hoffen, dass es dem ehrlichen Bemühen des Vorstandes gelingen wird, dem gerechten Verlangen der Cassenärzte Geltung zu verschaffen. Ein Arbeitgeber.»

Aber es konnte Alles nichts helfen; die Barmer Fünf blieben da, trotz des verlockenden Angebots einer Entschädigung. Für 2 derselben, Dr. Rehfeld und Dr. Holländer, wäre es «nicht mit ihren Begriffen von Ehrgefühl vereinbar» gewesen, «eine Abfindungssumme ohne Gegenleistung anzunehmen». Die Gegenleistung ist also, dass die Herren gegen den Wunsch der Casse dableiben und diese finanziell schädigen?

Wie steht nun heute der ganze Sachverhalt? Wir sind jetzt in der glücklichen Lage, eine Behauptung des nunmehr verflossenen Cassenvorsitzenden Grube, die dieser in einer Generalversammlung Ende August officiell aufstellte, auf ihre Wahrheit prüfen zu können. Im Bericht über diese Sitzung behauptet Grube: Die neuen Cassenärzte sind recht beliebt und gesucht von Cassenmitgliedern, so dass die Casse kaum Zuschüsse zur Erreichung der Garantiesumme zu geben haben würde; einer von ihnen habe die Höhe der Garantiesumme bereits weitaus überschritten. — Die Quartalsabrechnung ergab, dass die neuen Aerzte jeder 1100 Arztscheine mindestens hätte einliefern müssen, für die 1000 M., die jeder aus der Casse bezogen. Was aber war verdient? Von Rehfeld einige 500, von Niggemann gegen 300, von Holländer gegen 200, von Schäffer und Woltmann noch weniger!

Es hat also an überflüssigem Arzthonorar im 1. Vierteljahr die Casse ihrem Berather zu verdanken eine Mehrausgabe von 2600 M. Dazu kommen noch 2000 M. Entschädigung für wieder abgegangene Grössen, zusammen 4600 M. der vielbesprochenen Arbeitergroschen. Dabei wollen wir noch ganz schweigen davon, wieviel der geleisteten ärztlichen Arbeit der Unkenntniss oder dem Zufall oder der plötzlichen Nothlage der Kranken, oder gar der erlaubten oder unerlaubten Bevorzugung von Seiten der Cassenangestellten oder wie viel der persönlichen Werthschätzung der Person und des Könnens der Landmann-Aerzte zu verdanken ist. Einer von ihnen, Woltmann, ist nunmehr seit Anfang November nach Remscheid beurlaubt gewesen, wo es eines so tüchtig parteipolitisch und philosophisch ausgebildeten Augenarztes dringend gebrach.

III. Während so in Barmen allmählich Ruhe eintrat, begann es in Remscheid immer schärfer zu gähren. Der grosse Agitator musste die in Barmen erlittene Scharte rasch anderwärts auswetzen. Und wo hätte sich ihm ein leichterer Sieg bieten können, als ihn Remscheid, wo ihm von Seiten der Cassenärzte noch nie ernstlicher Widerstand geleistet worden war, wo Aerzte, anscheinend in Uneinigkeit unter sich, Schritt auf Schritt sich hatten weiter drängen lassen, soweit sogar, dass selbst die Aufforderung, einen Betrug zu begehen, wie er in einem officiellen Schreiben des Cassenvorstandes enthalten ist, nicht sofort ihre gebührende Antwort erfahren konnte. Die denkwürdige Stelle des Schreibens will ich Ihnen nicht vorenthalten:

«Die Herren Cassenärzte werden gebeten:

1. Receptverordnungen . . . . . Copien sammeln.

Ausnahme: Dringende Recepte werden bei Nacht in denjenigen Fällen, wo die Baarzahlung Schwierigkeiten bereiten würde, zweckmässig auf privaten Formularen verschrieben und mit dem Zusatz Cito! und «für meine Rechnung» versehen.»

Die Aerzte sollten also im Streite der Casse mit den Apothekern die letzteren täuschen und durch die bekannte Gewährung des üblichen Aerzterabatts von 30 Proc. schädigen.

Diese unerhörten Zumuthungen hatten aber das Gute, dass auch in Remscheid der Schlag von aussen die Collegen zusammennietete. Der lang gehämmerte Stahl wird hart und durch die Reibung des Schleifens auch scharf. Das Sündenregister der Remscheider Cassenvorstände ist dasselbe, wie das seiner Barmer Brüder in Landmann. Durch ewige Zahlenrechnerei und durch schlaues Erwecken des Grossmachtsgefühls hatte der schlaue Cassenberather auch die Remscheider Vorstandsmitglieder bald in der Tasche, dass sie ihre Ehre und ihren Stolz darein setzten, ihre Cassenärzte möglichst zu drangsaliren, zum Dank für das langjährige, weitgehende und, wie sie jetzt alle selbst wissen, sogar zu weitgehende Entgegenkommen den Wünschen der Cassenverwaltung gegenüber. Noch mehr Methode, als bei uns auch nur versucht wurde, kam in Remscheid in die Sache, als der Vorstand Anfangs 1896 alle Verträge aufhob durch folgendes Schreiben: «R., 4. April 1896. Herrn Dr. . . . . R. Zu Folge Vorstandsbeschlusses vom 15. Februar haben wir den bislang mit Ihnen bestehenden Anstellungsvertrag als Cassenarzt pro 1. Januar 1897 aufgehoben. Wir haben ferner beschlossen, die Cassenärzte für die Folge von Jahr zu Jahr zu wählen und den verbleibenden Cassenärzten im Monat November von der Wiederwahl Mittheilung zugehen zu lassen. Die allgemeine Ortskrankencasse. Engelberth, Vorsitzender.» Eine solche Mittheilung für das laufende Jahr lautet z. B. mit Weglassung alles Formellen: «Hierdurch benachrichtigen wir Sie erg., dass der Vorstand in seiner Versammlung vom 23. ds. Sie als Cassenarzt für das Jahr 1898 einstimmig wiedergewählt hat.» Um zu wissen, was ein derartiger Vertrag zu bedeuten habe, begab sich ein im Mai d. J. angestellter College K. auf das Cassenbureau und erfuhr vom Rendanten auf seine Frage: «Was habe ich für eine Kündigungsfrist?» die Ant-

wort[1]): «Sie können jeden Tag Ihre Thätigkeit als Cassenarzt niederlegen, wenn Sie uns davon Mittheilung machen. Wir können jeder Zeit Aerzte genug bekommen.» (Schluss folgt.)

Referate und Bücheranzeigen.

Dr. Arnold Brass: Atlas der normalen Gewebelehre des Menschen für Studirende und Aerzte. 2. Auflage. 60 Tafeln mit 670 Einzeldarstellungen in farbigem Gravur- und Tondruck mit Erläuterungen. Braunschweig, Harald Bruhn, Verlagsbuchhandlung für Naturwissenschaft und Medicin, 1897.

Dieser Atlas gibt in einer ungemein reichen Zahl von Abbildungen eine Darstellung der mikroskopischen Morphologie des menschlichen Körpers. Allerdings ist hier nicht eine Ausarbeitung in dem Sinne gegeben worden, dass etwa durch die vorhandenen Bilder der feinere Aufbau der Gewebe und Organe vollständig beschrieben würde. Vielmehr stellen diese Bilder zunächst eine zeichnerische Wiedergabe derartiger mikroskopischer Präparate dar, wie sie an der Hand der gebräuchlichsten Methoden jederzeit erhalten werden können. Der Atlas zeugt von Fleiss, Ausdauer, Geduld und hervorragendem technischen Können, denn ein sehr grosser Theil der sauber und schön gezeichneten Tafeln ist von dem Autor selbst lithographirt worden. Aber so gut auch Vieles gerathen ist (z. B. Rückenmark und Medulla oblongata) und so wenig wir der Verbreitung des Werkes durch etwaige Einreden hinderlich sein wollen, so müssen wir doch bemerken, dass der Verfasser Einiges nicht richtig getroffen hat. Manche Abbildungen sind nicht recht charakteristisch für das, was gezeigt werden sollte. Schwerlich wird man z. B. aus diesem Atlas ein richtiges Bild vom Bindegewebe, vom Knorpel oder vom Bau der Lungen erhalten. Hinter einigen Darstellungen müssen wir nachdenklicher Weise ein Fragezeichen setzen, Einzelnes ist unrichtig oder vielleicht abnorm. Wir wollen nicht in Einzelheiten eingehen, denken aber, dass der Herr Verfasser bei der nächsten Auflage vor Allem der vegetativen Sphäre seine Aufmerksamkeit von Neuem zuwenden sollte. M. Heidenhain.

Dr. **W. v. Leube**, Professor der medic. Klinik und Oberarzt am Juliusspital in Würzburg: **Specielle Diagnose der inneren Krankheiten.** Ein Handbuch für Aerzte und Studirende, nach Vorlesungen bearbeitet. II. Band. 5. Neubearbeitete Auflage. Mit 63 Abbildungen. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1898. Preis 14 Mk.

G. Merkel-Nürnberg hat bei Besprechung der 1. Auflage des II. Bandes vor jetzt 4 Jahren demselben prophezeit, dass er rasch seine Rundreise durch die ärztliche Welt machen werde. Die nach diesem kurzen Zeitraum hiemit vorliegende 5. Auflage dieses 2. Bandes gibt ihm vollkommen Recht. Jeder, der tiefer in einzelne diagnostische Fragen eindringen will, wird an dem hervorragenden Leube'schen Werke einen sicheren Berather finden, nicht nur an der Hand der klinischen Schilderungen, die mit besonderer Prägnanz dem Leser entgegentreten, sondern auch rücksichtlich der physiologischen und anatomischen Grundlagen aller diagnostischen Einzelheiten. Es kann für ein diagnostisches Lehrbuch kein besseres Princip geben, als diese Grundlagen möglichst breit und eindringlich zu betonen.

Vortrefflich sind ja insbesondere die anatomisch-physiologischen, durch instructive Zeichnungen noch bereicherten, Abschnitte in der Darstellung der Erkrankungen des Nervensystems. Gerade dieser Theil hat in der vorliegenden Neuauflage eine mühevolle Umarbeitung erfahren, um seinen Inhalt mit dem modernen Stande unseres Wissens in Einklang zu setzen.

Auch die Capitel über die Constitutionskrankheiten, sowie die Infectionskrankheiten erscheinen zu einem beträchtlichem Theile den neuesten Forschungen rechnungtragend umgestaltet. Es kann nicht die Absicht des Referenten sein, hier auf Einzelheiten des Inhaltes des Leube'schen Werkes einzugehen; nur der Wunsch möge hier ausgesprochen sein, dass in einer weitern Auflage des Bandes das Capitel der Infectionskrankheiten durch eine Abhandlung über die Pest bereichert werden möge, nicht gerade mit Rücksicht auf die jüngsten sporadischen Fälle in Europa, sondern weil doch mancher auf Seereisen oder in's Ausland gehender Arzt ein Interesse hat, sich über die Diagnose auch dieser Krankheit speciell zu unterrichten. Die zeichnerische und sonstige Ausstattung des Werkes ist eine vortreffliche.

Somit besteht wohl kein Zweifel, dass der Wunsch des Autors, es möge auch der vorliegende Band eine günstige Aufnahme finden, sich erfüllen wird. Dr. Grassmann-München.

Graefe-Saemisch: Handbuch der gesammten Augenheilkunde. Leipzig 1898. Wilhelm Engelmann.

Dasselbe erscheint nunmehr in 2. neubearbeiteter Auflage unter Mitwirkung der bisherigen und der in die Lücken der Verstorbenen eingesprungenen Specialbearbeiter. Auch für mehrere neu aufgenommene Capitel sind Namen von bestem Klange im Prospecte aufgeführt. Von dieser neuen Auflage des bewährten klassischen Werkes, welche incl. Namen- und Sachregister in 12 Bänden, gebildet aus 6—8 Lieferungen à 2 Mk., erscheinen wird, ist die erste Lieferung, enthaltend: Motilitätsstörungen des Auges, von Alfred Graefe, zur Ausgabe gelangt. Seggel.

Neueste Journalliteratur.

Deutsches Archiv für klinische Medicin. 61. Bd. 3. u. 4. Heft.

Hauser-Erlangen: **Zur Vererbung der Tuberculose.**

Einem Ueberblick über die verschiedenen bisher in der Vererbungsfrage der Tuberculose aufgestellten Theorien folgt zunächst eine tabellarische Uebersicht aller Beobachtungen und experimentellen Untersuchungen, welche die bacilläre Vererbungstheorie zu stützen scheinen. Nach kritischer Beleuchtung all' dieser Fälle, sowie eingehender Besprechung der Beweise, die von einer Reihe von Autoren als schlagend für die bacilläre Vererbung betrachtet werden und der Gründe, welche die Giltigkeit dieser Beweise in Frage stellen müssen, kommt Hauser auf Grund seiner Thierversuche und Beobachtung der Art und Weise, wie sich in Wirklichkeit die Heredität der Tuberculose in vielen Familien zu äussern pflegt, zu dem Schluss, dass die Theorie von der bacillären Vererbung der Tuberculose einer ausreichenden Begründung entbehrend, mit vielen thatsächlichen Beobachtungen unvereinbar ist und somit für die Erklärung der Heredität der Tuberculose keinen befriedigenden Aufschluss gibt. Die Tuberculose erhält sich gleich der Syphilis nicht durch congenitale Uebertragung, sondern durch immer wieder erfolgende Infection mit Tuberkelbacillen, welche wahrscheinlich durch Vererbung einer specifischen individuellen grösseren Empfindlichkeit gegen das Tuberkelvirus besonders begünstigt wird.

Ad. Schmidt-Bonn: **Experimentelle und klinische Untersuchungen über Functionsprüfung des Darmes.** (Aus der medicinischen Klinik zu Bonn.)

Verf. vermisst unter den bisher üblichen Untersuchungsmethoden solche, welche im Stande sind, genügenden Aufschluss über die Functionstüchtigkeit des Darmes zu geben. Einen natürlichen Maassstab für dieselbe gibt der Grad der Zugänglichkeit der mit dem Koth entleerten Nahrungsreste für die nachträgliche Einwirkung der Verdauungssäfte bezw. für die ihnen gleichgerichtete Thätigkeit der Faecesbacterien ab. Derselbe lässt sich durch die Gährungs- bezw. Verdauungsprobe der Faeces ermitteln. Es folgen dann die experimentellen und klinischen Untersuchungen über Faecesgährungen, deren Einzelheiten sich nicht zu kurzem Referat eignen. Im Anhang finden sich analytische Belege der einzelnen Versuche.

May und Gebhardt-München: **Ueber Pneumothorax durch gasbildende Bacterien.** (Aus dem medicinisch-klinischen Institut der Universität München.)

In einem Fall von Pyopneumothorax nach Stichverletzung fand sich gelegentlich einer Druckmessung in der l. Thoraxhälfte ein brennbares Gas, welches nach der chemischen Analyse aus Kohlensäure, Wasserstoff und Stickstoff bestand. Im Exsudat fanden sich neben Staphylococcen, Bacterium coli commune. Die verschiedenen angestellten Versuche ergaben, dass letzterer Mikroorganismus als Gasbildner anzusprechen sei. Der Fall bildet somit einen weiteren Beleg für die Möglichkeit eines zymotischen Pneumothorax, wie May statt «spontanen» Pneumothorax zu sagen vorschlägt.

Kattwinkel-München: **Die Schrift in die Hand. — Ein Beitrag zur Lehre vom Schriftcentrum.**

Auf Grund einer Reihe von Versuchen, welche an Gesunden und Kranken in der Weise angestellt wurden, dass denselben Buchstaben in die Hand geschrieben und nun die Fähigkeit oder Unfähigkeit, diese zu erkennen, beobachtet wurden, kommt Verf. zu der Ueberzeugung, dass abgesehen von dem normalen Verhalten des Tastsinnes der Haut und des Drucksinnes die intacte Beschaffenheit der Sehsphäre Bedingung ist für die richtige Erkenntniss der in die Hand geschriebenen Buchstaben.

[1]) s. Remsch. Ztg. No. 236, Blatt III. 8. X. 1898.

Determann-St. Blasien: **Klinische Untersuchungen über Blutplättchen.**

Verfasser hat erst bei einer Anzahl Gesunder, sowie bei aussergewöhnlichen physiologischen Vorgängen, wie Schwangerschaft, Geburt, dann nach stärkeren Blutverlusten, hauptsächlich aber bei einer grösseren Reihe von chronischen und acuten Krankheiten Blutuntersuchungen vorgenommen und speciell dem Verhalten der Blutplättchen besondere Aufmerksamkeit zugewandt. Ein für ganz bestimmte Krankheiten typisches Verhalten der Blutplättchen konnte nicht constatirt werden und Verf. gewann nur die Ansicht, dass die Blutplättchen, welche er für Abkömmlinge der rothen Blutkörperchen hält, je nachdem sie in grösserer oder geringerer Anzahl im Blute vorhanden sind, als ein Ausdruck des augenblicklichen oder dauernden Widerstandscoefficienten der rothen Blutkörperchen aufzufassen sind.

Simmonds-Hamburg: **Die Ursachen der Azoospermie.** (Aus dem allgemeinen Krankenhaus zu Hamburg-St. Georg.)

Bei 1000 Sectionen von Männern jenseits der Pubertät, die aus den verschiedensten Ursachen gestorben waren, wandte Verf. seine Aufmerksamkeit besonders dem Verhalten der Geschlechtsorgane und vor Allem jenen pathologischen Veränderungen zu, welche im Leben Azoospermie und somit Sterilität der betreffenden Individuen bedingen mussten. Von Allgemeinstörungen ist es vor Allem der chronische Alkoholismus, von localen Erkrankungen sind es die Residuen von Geschlechtskrankheiten, welche als Hauptursachen der männlichen Sterilität angesprochen werden müssen. Heller-Erlangen.

Centralblatt für innere Medicin, 1898, No. 47.

Arthur Biedl und Rudolf Kraus: **Ueber eine bisher unbekannte toxische Wirkung der Gallensäuren auf das Centralnervensystem.** (Aus dem Institut für allgem. und experimentelle Pathologie der Wiener Universität.)

Die einzelnen Symptome und Wirkungen des schweren Ikterus hat man durch Thierexperimente zu erforschen gesucht. Auf diesem Wege wurde z. B. die Pulsverlangsamung und Blutdrucksenkung durch eine centrale Erregung des Herzhemmungsapparates (Vaguscentren) durch die Gallenbestandtheile erklärt. Die schweren nervösen Störungen des Ikterus gravis, der Cholaemie, nämlich heftige Erregungszustände, furibunde Delirien, Krämpfe in einzelnen Muskelgruppen und allgemeine Convulsionen, haben in den bisherigen Thierversuchen ihre Analoga nicht gefunden. Den Verfassern gelang es nun nach Anlegung einer kleinen Trepanöffnung im Schädel durch subdurale Injection weniger Tropfen Galle bei Kaninchen und anderen Thieren ein typisches Vergiftungsbild zu erzeugen, welches in vieler Beziehung den Erregungszuständen bei der Cholaemie entspricht. Die Träger der Giftwirkung sind die gallensauren Salze. Ueber die nähere Localisation der Erregung im Gehirn besteht noch keine Sicherheit. Die toxische Wirkung der Gallensäuren auf das Centralnervensystem tritt nur bei der subduralen Einverleibung, also nur durch directen Contact mit der Gehirnsubstanz, ein, während die Einspritzung in das Gefässsystem erfolglos ist. Ikterischer Harn ruft subdural applicirt schon in sehr geringen Mengen das gleiche Krankheitsbild wie die Galle resp. die gallensauren Salze hervor. W. Zinn-Berlin.

Centralblatt für Chirurgie. 1898. No. 46 u. 47.

No. 46. v. Mosetig Moorhof: **Plastischer Verschluss von Knochendefecten am Warzenfortsatz durch einen falzartig unterponirten, umgelegten Hautlappen.**

M. empfiehlt, um den nach Aufmeisselung des Warzenfortsatzes und Entfernung von Cholesteatomen restirenden Knochendefect zu schliessen, ein leicht auszuführendes Deckverfahren, das er bisher in 6 Fällen (sämmtlich mit Primärheilung) erprobt hat und das den Vortheil hat, dass Alles erhalten wird und ausgedehnte Wundflächen in gegenseitige ‹hermetische› Berührung kommen. Es wird an der unteren Fläche des Defectes (etwas grösser als dieser) ein zungenförmiger Lappen vorgezeichnet und durch 2 ganz seicht geführte Contourschnitte (vollends parallel zu einander) im Lappen ein Randstreifen begrenzt, der sofort von seinem Epidermisüberzug befreit wird, sodann wird der äussere Contourschnitt bis zur Fascie vertieft und der Lappen bis zum Defectrand hinaufpräparirt; der Rest des Defectrandes wird in toto erhalten und nur mit flach geführter Bistouriklinge soweit von seiner Knochenbasis losgetrennt, dass der so unterminirte Rand sich mittels Häckchen leicht von der Unterlage abheben lässt, wonach der Hautlappen nach oben umgelegt und dessen Rand unter den abgehobenen Defectfalz geschoben und mittels Nähten in seiner neuen Lage befestigt wird. Die Ränder des durch die Lappenentnahme gesetzten Hautdefectes werden nach entsprechender Unterminirung linear vereinigt.

No. 47. Fel. Franke-Braunschweig: **Temporäre Heteroplastik zur Behandlung des Hirnprolapses.**

Mittheilung eines Falles bei 15jährigem Mädchen, bei dem nach Operation der Eiterung des Antr. mast. und Sinusthrombose (Unterbindung der Jugularis) hohes Fieber fortbestund, so dass ein Hirnabscess vermuthet und desshalb die blossliegende Dura incidirt und das Bistouri nach verschiedenen Richtungen eingesenkt wurde; im Gefolge trat ein kirschgrosser Hirnprolaps auf, der nach Abtragung etc. mehrfach recidivirte und den schliesslich Fr. mittels einer Celluloidplatte, die ca. 3 Wochen in situ blieb, zur Verheilung brachte. — Fr. ist nach diesem Fall der Ansicht, dass es sich verlohnen dürfte, die Heteroplastik mittels Celluloidplatte öfters als bisher (auch bei Meningocele und Cephalocele) anzuwenden, da, wenn auch Einheilung nicht erzielt wird, doch diese temporäre Heteroplastik grössere Sicherheit für die später vorzunehmende Osteoplatikoperation bietet. Schr.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. VIII, Heft 5 (November).

1. A. Mueller-München: **Die Behandlung der Schultern bei der Extraction am Beckenende.**

Verfasser empfiehlt eine Behandlung der Schultern bei der Extraction, die sich ganz wesentlich von der allgemein üblichen unterscheidet. Da eine genaue Darstellung der Handgriffe, wie sie zum Verständniss der empfohlenen Behandlungsweise nothwendig wäre, in einem kurzen Referate nicht möglich ist, so möge hier nur die Zusammenfassung der Ausführungen des Verfassers wiedergegeben werden.

Bei der Behandlung der nachfolgenden oberen Extremitäten ist der Hauptwerth darauf zu legen, ob die Schultern schon den Beckeneingang passirt haben oder nicht, und ob in letzterem Falle ein Missverhältniss zwischen Schulterbreite und Beckeneingang besteht. Es ist alsdann die Haltung der Arme im Verhältniss zum Stande der Schultern nebensächlich und ebenso ist auch das Herabholen der oberhalb des kleinen Beckens befindlichen Arme nicht sowohl sehr schwierig und für Kind und Mutter gefährlich, als auch unwesentlich gegenüber der Aufgabe, die Schultern oder vorerst eine derselben in das Becken zu leiten. Dies kann man entweder durch directe Manipulationen an den Schultern, Rosshirt'scher Handgriff, oder indirect durch starken, eventuell sehr starken Zug am Körper erreichen Haben die Schultern den Beckeneingang passirt, wobei die vordere sofort unter die Symphyse tritt, so ist die Lösung der Arme, wenn überhaupt noch nöthig, leicht. Ausgenommen hiervon sind nur die Fälle von hochgradig allgemein verengtem oder von Trichterbecken. Auch hier wird jedoch die schwierige Lösung der Arme aus der Beckenenge durch vorheriges Herabziehen der vorderen Schulter unter die Symphyse wesentlich erleichtert.

2) A. Solowij-Lemberg: **Ein Beitrag zur Uterusruptur.**

Bei sehr elender VII-para wurde die Geburt durch Herabholen eines Beines bei Steisslage und Extraction beendigt. Nach Expression der Placenta liessen sich die zu einem Strang zusammengedrehten Eihäute auch durch sehr starken Zug nicht entfernen, sondern rissen ab. Bei der Besichtigung der Scheide fand sich ein von der Portio herabhängender Gewebsfetzen. Die Kranke verstarb am folgenden Tage und die Section ergab eine quere Durchreissung des vorderen Scheidengewölbes mit Eröffnung des Peritoneums, beginnende Peritonitis. In der Höhle des Uterus, dessen Musculatur sehr stark entwickelt war, fand sich ein dickes Septum, das sich als niedrige Falte bis zum inneren Muttermunde verfolgen liess (Uterus arcuatus septus unicollis). Verf. glaubt, die Ruptur durch den Zug an den abnorm fest adhaerenten Eihäuten erklären zu müssen — eine Erklärung, die wohl mehr wie unwahrscheinlich ist.

3) S. Kinoshita-Leipzig: **Ueber grosszellige deciduazellenähnliche Wucherungen auf dem Peritoneum und den Ovarien bei intrauteriner Schwangerschaft.**

Verf. fand derartige Wucherungen als regelmässigen Befund in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, besonders in der Excavatio vesico-uterina und am unteren Ansatz der Ligamenta lata. Die Zellen stimmen mit den Zellen der uterinen Decidua überein, sie sind bindegewebiger Natur und sind als eine Theilerscheinung der Hyperplasie und Hypertrophie des Uterus aufzufassen. Vermuthlich bilden sie sich mit der puerperalen Involution des Uterus wieder zurück.

4) M. Mekerttischiantz-Tiflis: **Zur Behandlung der Salpingitis isthmica nodosa gonorrhoica.**

In dem vom Verf. berichteten Falle wurden von A. Martin bei einer jungen, sterilen Frau die rechten Uterusanhänge durch die Laparotomie entfernt.

Da sich auf der linken Seite nur in der Pars isthmica der Tube eine knotige Verdickung fand, sonst aber Tube und Ovarien makroskopisch nicht erkrankt waren, wurde der Knoten, der käsig eingedickten Eiter enthielt, excidirt und die Wunde vernäht. Die Durchgängigkeit der Tube liess sich feststellen.

Nach einiger Zeit erkrankte die Frau wiederum unter Beschwerden, die auch auf eine Verwachsung des Darmes mit dem Operationstumpf schliessen liessen. In der That fand sich bei der Colpotomia anterior eine Dünndarmschlinge mit dem Uterus verwachsen. Da nun auch die linke Tube schwere Veränderungen zeigte, wurden Uterus und Anhänge exstirpirt. — Die Untersuchung der Tube liess durch den Nachweis von Riesenzellen und Tuberkelbacillen feststellen, dass es sich um Tuberculose handelte. — Im Anhange empfiehlt der Verfasser zur Behandlung der Gonorrhoe local die Jodtinctur. Die Cur soll noch durch ausgiebige innerliche Anwendung von Jodpräparaten unterstützt werden.

5) R. Teuffel-Chemnitz: **Luftaspiration während der Geburt (Aërometra).**

Bei einer II-Para mit vorzeitigem Fruchtwasserabfluss fand sich bei starker Linkslagerung des Uterus der Kopf beweglich auf dem Beckeneingang stehend. Der Muttermund war fast erweitert. Die Kreissende wurde auf die rechte Seite gelagert. Nach einiger Zeit fand sich bei Rückenlagerung der Kreissenden der Uterus ballonförmig aufgetrieben und über dem Uterus ergab die Percussion tympanitischen Schall. Die Geburt schritt unter schmerzhafter Wehenthätigkeit (Ueberdehnung des Uterus) langsam fort und wurde schliesslich durch die Zange beendigt. Nach der Geburt des Kindes strömte unter lautem Geräusch die Luft aus dem Uterus aus. Verfasser erörtert das Zustandekommen der «Aerometra» und glaubt, dass dieser Complication eine grössere praktische Bedeutung nicht zukommt. Gessner-Erlangen.

Centralblatt für Gynäkologie, 1898, No. 47.

1) Franz Neugebauer: **Automatische Thätigkeit des Embryonalherzens bis 3 Stunden über den Tod hinaus.**

N. beobachtete das in der Ueberschrift genannte Phänomen bei einem etwa 14wöchentlichen Embryo, der sich extrauterin entwickelt hatte und durch vaginale Koeliotomie mittels Embryotomie und Zerstückelung entfernt wurde. Bei der Section der Brusthöhle fand sich das Herz noch in automatischer, rhythmischer Thätigkeit, die über 3 Stunden nach der Extraction anhielt. In der Literatur fand N. nur 3 Beobachtungen von den Tod überdauernder Herzthätigkeit beim Menschen, von Pflüger, Rawitz und Veit.

2) A. Dührssen: **Zur Behandlung der Retroflexio uteri gravidi incarcerati.**

Eine Erwiderung auf Ahlfeld's Vertheidigung in No. 38 des Centralblattes. (cf. dies Bl. No. 40, S. 1285.)

3) Roger v. Budberg-Dorpat: **Zur Behandlung des Nabelschnurrestes.**

B. verbindet den Nabelschnurrest mit Watte, die in Alkohol getaucht ist. Der Verband wird bis zum Abfall 1—2mal täglich erneuert. Er hat sich in bis jetzt 200 Fällen gut bewährt.
Jaffé-Hamburg.

Berliner klinische Wochenschrift. 1898. No. 48.

1) A. Baginsky-Berlin: **Ueber Pericarditis im Kindesalter.**

Cfr. den Bericht der Münch. med. Wochenschr. No. 44 über die Sitzung der Berl. med. Gesellschaft am 26. Oct. 1898.

2) M. Bernhardt-Berlin: **Das Ch. Bell'sche Phänomen bei peripherischer Facialislähmung.**

In dieser II. Mittheilung nimmt Verfasser hauptsächlich Bezug auf einen von Köster in der Münch. med. Wochenschr. 1898, No. 38 über obiges Thema publicirten Aufsatz, und weist darauf hin, dass er fragliches Phänomen — Drehung des Bulbus beim Lidschluss nach oben und aussen — durchaus nicht als pathognomonisch für VII-Lähmung erklären, sondern nur sein Vorkommen bei Facialislähmung beschreiben wollte. Schon Bell hat nachgewiesen, dass dies Phänomen auch bei völlig gesunden Menschen vorkommt, wo es nur schwer zu constatiren ist. Die Bell'schen Versuche werden angeführt. Doch setzt nach B. erst ein energischer, nicht schon ein sanfter Lidschluss den combinirten nervösen Apparat für Augapfeldrehung und Lidschluss in Thätigkeit. Wenn bei VII-Lähmung die erstere nachlässt, so geht das mit einer Besserung der Facialisfunction parallel; insofern ist das «Bell'sche Ph.» von prognostischer Bedeutung, für die Schwere der Lähmung kommt es nicht in Betracht.

3) E. Bälz-Tokyo: **Beiträge zur physikalischen Diagnostik.**

B. ist kein Freund der instrumentellen Percussion, sondern will besonders auf den Werth der palpatorischen Percussion (Pless aesthesie) gebührend aufmerksam machen, die für die Feststellung der Organgrenzen — mit Ausnahme der rechten Herzgrenze — sehr Gutes leistet. Bezüglich der Details der Methode muss auf das Original verwiesen werden. Wesentlich ist, dass die eine Hand mittels 3 Fingern percutirt, was aus der beigefügten Zeichnung nicht sehr deutlich erkennbar ist, und dann einige Secunden auf dem Mittelfinger der anderen Hand liegen bleibt, wodurch es möglich wird, den Widerstand der darunterliegenden Theile direct zu fühlen, statt nach dem Schalle die Grenzen festzustellen. (v. Ziemssen verwendet diese Art der Percussion etwas modificirt ebenfalls. Ref.). Lungenspitzen, Zwerchfellkuppe, Milz etc. können so sehr genau ohne Hilfe des Ohres percutirt werden.

Die Lungenspitzen sollen von unten nach oben percutirt werden, da die Schalldifferenzen so besser hervortreten. Die «unmittelbare» Auscultation (ohne Stethoskop) ist von grösstem Nutzen bei feinen Rasselgeräuschen etc., da die gleichzeitig auscultirte Fläche grösser ist und die Leitung durch die Kopfknochen das Hören verfeinert. Auch diagnostische Aortengeräusche, Aneurysmen, Knisterrasseln können so besser gehört werden. Verfasser räth, beim Auscultiren das 2. Ohr und die Augen zu schliessen.

4) Br. Alexander-Nervi-Reichenhall: **Behandlung der Lungentuberculose mit subcutanen Injectionen von Ol. camphor. offic. Pharm. germ.**

Im ersten Theile seiner Ausführungen bespricht Verfasser den Nutzen und die Methode der hygienisch-diätetischen Behandlung bei der Lungentuberculose, deren möglichst lange Fortführung Verfasser neuerdings empfiehlt. Die Behandlungsdauer von 3 Monaten in den Volkssanatorien erklärt er als keine Garantie für eine wirkliche Heilung, auch nicht für die Anfangsstadien. Jedenfalls sind in diesen Sanatorien von vorneherein die verschiedenen Medicamente für die Behandlung herbei zu ziehen. Kampher spielt nach Al. in der Phthiseotherapie dieselbe Rolle, wie Digitalis bei Herzklappenfehlern. Er wirkt appetitanregend, schweissmindernd, antipyretisch, eiterungshemmend, sputummindernd, herztonisirend und erfüllt also die verschiedensten Indicationen. Verfasser wendet minimale Einzelndosen subcutan an, täglich 0,01—0,02 Kampher und zwar wochenlang mit zeitweisen Unterbrechungen. Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1898. No. 47.

1. H. Schmidt-Rimpler-Göttingen: **Einige Bemerkungen über Trachom und epidemische Augenkrankheiten und deren Bekämpfung.**

S. steht auf dem Boden der dualistischen Theorie und bespricht von diesem Standpunkt aus die neuesten Erfahrungen und die gegen eine Verbreitung der von Osten eindringenden Trachomgefahr zu ergreifenden Maassregeln.

2) Erich Harnack: **Ueber die sogenannte Giftfestigkeit des Igels.** (Aus dem pharmakologischen Institut der Universität Halle a. S.)

In Berichtigung einer von Lewin in No. 24 der D. med. W. gebrachten Anführung erklärt H., dass sich nach seinen Versuchen der Igel gegen gewisse thierische Gifte, die sich in Insecten, Amphibien, Reptilien finden, und wozu auch im gewissen Sinne die Cyanverbindungen gerechnet werden müssen, resistent verhalte, eine Thatsache, welche ohne Zweifel mit der Nahrung des Thieres im engsten Zusammenhang stehe, ebenso wie ja bekanntermaassen auch Kaninchen mit Belladonnablättern, Ziegen mit Schierlingskraut ohne wesentlichen Nachtheil gefüttert werden können. Auf einer Zerstörung der thierischen Gifte im Organismus des Igels scheint seine Resistenz jedenfalls nicht zu beruhen.

3) C. S. Engel-Berlin: **Ueber ein aus den embryonalen Blutbildungsorganen des Schweines hergestelltes therapeutisches Präparat.**

E. vertritt die Ansicht, dass die ersten Blutkörperchen, die im Organismus der Säugethiere und Vögel gebildet werden, haemoglobinhaltig sind und nicht, wie meist angenommen wird, aus den weissen Blutkörperchen durch Aufnahme von Haemoglobin die kernhaltigen rothen Blutkörperchen entstehen. Er hat demgemäss aus dem Blute, Knochenmark, Milz und Leber von frischen Schweinenembryonen ein «Sanguinoform» benanntes Präparat hergestellt, und dessen Wirkung an einer Anzahl von Fällen von Chlorose und Anaemie studirt. Ein abschliessendes Urtheil lässt sich aus den mitgetheilten Beobachtungen noch nicht fällen.

4) Siegel-Britz: **Ueber Immunisirungsversuche gegen Maul- und Klauenseuche.**

(Schluss folgt.)

Aus der ärztlichen Praxis.

5) Th. Baron-Berlin: **a) Diarrhoe bei Brucheinklemmung. b) Chloralvergiftung.** Casuistische Mittheilungen.

6) **Standesangelegenheiten.**

Mugdan-Berlin: **Ueber die freiwillige Fortsetzung der Krankenversicherung.**

Eine juristische Besprechung der Frage, in welcher Weise sich der Missbrauch des Krankenversicherungsgesetzes durch Personen, welche trotz eines 2000 Mk. übersteigenden Einkommens Mitglieder der Ortskrankencassen bleiben, verhindern lässt.
F. Lacher-München.

Wiener klinische Wochenschrift. 1898. No. 47.

1) F. Schopf-Wien: **Ueber Aneurysmen der Arteria iliofemoralis (iliaca externa et femoral. communis).**

Die anatomischen Untersuchungen und experimentellen Vornahmen bei Thieren haben für die operative Therapie der Aneurysmen dieses Gefässbezirkes kein sehr brauchbares Resultat gehabt, wesshalb auf die Statistik der Operationsresultate Bezug genommen werden muss. In den 61 vom Verf. zusammengestellten Fällen von Ligatur der Arter. iliac. extern. wegen Aneurysmen trat in 6,5 Proc. Gangraen ein. (Cfr. im Original die ausführliche Tabelle.) Sch. schildert nun einen Fall, bei dem ein aus 3 Säcken zusammengesetztes Aneurysma der Iliaca extern. resp. femoral. excidirt und die Ligatur der Arterie vorgenommen wurde. Es handelte sich um einen 36jährigen Privatier. Auch hier trat schon nach 2 Tagen Gangraen des Unterschenkels ein, die Oberschenkelamputation konnte den Kranken nicht mehr retten. Er ging an Pneumonie zu Grunde, die Vena femoralis war thrombosirt.

Von 85 Fällen von Aneurysmen der Arter. ilio-femor. wurden nur 5 durch Compression geheilt, 2 durch Combination letzterer mit Acu- resp. Elektropunctur. Unter den mit Ligatur behandelten Fällen sind 51 Heilungen und 10 Todesfalle. Die centrale Ligatur ist nicht verlässig, die periphere ist zweckmässiger. Die Möglichkeit der Bildung eines Collateralkreislaufes ist an sich gegeben, doch sind die Bahnen eng und klein. Die Compression ist in

allen Fällen zuerst zu versuchen, dann kommt die Totalexstirpation mit Ligatur in Frage.

2) H. Weiss-Wien: **Zur Lehre von den subjectiven Kopfgeräuschen. Ein Fall von doppelseitigem traumatischen, pulsirenden Exophthalmus.**

Ein 22jähriger, früher gesunder Kutscher erlitt ein Trauma an der rechten Schläfe, wurde ohnmächtig, blutete aus Nase und Mund und linkem Ohr. Nach 2 Tagen begann ein rhythmisches Stossen und Brausen in der linken Kopfhälfte, auch zeigte das linke Auge eine Schwächung der Sehkraft. Aus dem Verlaufe ist hervorzuheben das Auftreten von Bewegungsstörungen der Bulbi, ein Pulsiren zuerst des linken, später auch des rechten Auges. Verf. nimmt eine durch das Trauma gesetzte Fissur an, welche durch die mittlere Schädelgrube zur Spitze der rechten Felsenbeinpyramide zieht, über die Sella turcica wegsetzt, das Foramen optic. getroffen und an der Fiss. orbital. sup. links ihr Ende gefunden hat. Dabei dürfte ein abgesprengter Knochenfortsatz den Sin. cavernos. verletzt und hier zu einem Aneurysma art.-venos. im Sinus geführt haben. Ein solches erklärt die klinischen Erscheinungen, besonders auch die Sehstörungen links. Therapeutisch wird in dem Falle Compression, eventuell später Ligatur der linken Carotis versucht.

3) J. Mayer-Lemberg: **Dermoidcyste des Mesenteriums.**

In dem betr. Falle, der eine 42jährige Frau betraf, zeigte sich eine kugelige Geschwulst in der rechten Bauchseite, die für ein Ovarialcystom gehalten wurde. Bei der Operation zeigte sich, dass der Tumor mittels eines kurzen Stieles dem Mesenterium unterhalb des rechten Dickdarmkniees aufsass. Er enthielt einen erbsensuppenartigen Brei und schwarze Haare. Heilung.

Dr. Grassmann-München.

Französische Literatur. (Schluss.)

Briquet, Mongour und Regis und Gaide besprechen die **Beziehungen zwischen Myxoedem und der sog. Schlafkrankheit.** (La Presse medicale No. 74, 78 u. 81.)

Die Aehnlichkeit der beiden Affectionen, welche in jedem der 3 Artikel des näheren ausgeführt wird, veranlasste die Autoren, auch bei der Schlafkrankheit die Thyreoidinbehandlung einzuleiten, die in der That einigen Erfolg erzielt hat. In dem Falle von Gaide war auch gleichzeitig eine Hypertrophie der Schilddrüse eingetreten; derselbe glaubt, dass die Schlafkrankheit das Symptom einer Vergiftung sei, welche mit Secretionsanomalien oder sonstigen Störungen der Schilddrüse, speciell aber mit Insufficienz der Leber zusammenhänge; die Opiumvergiftung habe übrigens grosse Aehnlichkeit mit den Symptomen der Schlafkrankheit.

Chantemesse und Ramond: **Eine, dem Beriberi ähnliche Epidemie aufsteigender Paralyse bei Geisteskranken.** (Annales de l'Institut Pasteur, September 1898.)

Im Sommer 1897, von Mai bis October, herrschte im Irrenhause von Saint-Gemmes sur Loire eine Epidemie, welche 150 Personen ergriffen und 40 davon getödtet hat; in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle war die erste Krankheitserscheinung Oedem, welches allmählich von den Knöcheln an beinahe den ganzen Körper befiel und die besondere Eigenschaft besass, hart zu sein, also keine Fingereindrücke zu hinterlassen. Viele Kranke zeigten an den unbedeckten Körperstellen einen braunen Teint, ähnlich wie die Feldarbeiter. Ausser durch die Hautveränderungen verrieth sich die Krankheit durch Verdauungs- und Nervenstörungen, welche an Pellagra denken liessen, ferner durch hochgradige Muskelatrophie, Schmerzen, Erscheinungen aufsteigender Lähmung, Verlust der Sehnenreflexe, welche an Beriberi erinnerten. Die Krankheit befiel nur die Aermeren der Anstalt und im Allgemeinen gewisse Krankensäle, wie wenn die Ansteckung bei der Genese eine Rolle spielte. Mitten unter wiederholten Krampfanfällen starben die Kranken und ihre Körper waren auffallend aufgedunsen. Die obigen Symptome konnten jedoch 1, 2 Monate anhalten und in den glücklichsten Fällen allmählich wieder zurückgehen bis zur Heilung. Bei den tödtlich verlaufenen waren schliesslich die Erscheinungen der Lähmung, Unmöglichkeit zu gehen und zu stehen, Sensibilitätsstörungen und intensive Muskelatrophie vorherrschend. In zweien der Fälle wurde die Section genauestens ausgeführt und auch nach diesen Befunden gleicht die Krankheit auffallend dem Beriberi des fernen Ostens und einer ebenso genannten Affection, welche in den Irrenasylen von Dublin (Irland) und Tusculosa (Vereinigte Staaten) im Jahre 1895 und 1896 beobachtet worden war. Nach der Ansicht der vom Staate eingesetzten ärztlichen Untersuchungscommission war jedoch die Epidemie weder Pellagra noch Akrodynie, ebensowenig wie die im Jahre 1855 in demselben Asyl von Billod beobachtete und von ihm «Irrenpellagra» benannte Epidemie. Der Mikroorganismus, welcher in den Leichen von Saint-Gemmes gefunden wurde, verursacht bei Thieren eine aufsteigende Paralyse und ist vielleicht die Ursache der Epidemie; um dies sicher behaupten zu können, muss man noch andere Kranke studiren und weitere Autopsien vornehmen. Vom anatomischen und aetiologischen Standpunkt aus ist die Krankheit nicht nur eine epidemische Polyneuritis, sondern auch die grauen Centren des Rückenmarkes sind betheiligt; sie scheint contagiös zu sein. Ebenso wie der Beriberi und der exanthematische Typhus ist sie, wenn auch nicht immer, eine Krankheit der Noth und des Elends (wonach in der betreffenden Irrenanstalt recht eigenthümliche Zustände herrschen müssen. Ref.). Eine gesunde, reichliche Kost, besonders bezüglich der Fleischnahrung ist das beste Mittel, Personen, welche in Berührung mit den Kranken bleiben, vor der Krankheit zu bewahren. Nothwendig ist die Isolirung der Kranken und die Desinfection der von ihnen gebrauchten Gegenstände. Die bacteriologischen Befunde sind in einer photographischen Tafel der Arbeit beigefügt.

Charles Nicolle, Leiter des Laboratoriums in Rouen: **Zur Bacteriologie der Verruga peruviana.** (Ibidem.)

Im Gegensatz zu Letulle, welcher bei den Affectionen der Verruga (cutanea) keine Verkäsung und keine Riesenzellen, sondern nur Infiltration des cutanen und subcutanen Gewebes durch Leukocyten fand, constatirte N. Verkäsung in 2 Organen, in einer Drüse und der Milz, und Riesenzellen in der Leber. Die bacteriologischen Befunde der beiden Forscher sind jedoch ziemlich übereinstimmend. Demnach wäre der Bacillus der Verruga ein pathogener Mikroorganismus vom Typus des Koch'schen Bacillus, zu welchem ausserdem noch der Bacillus der Vogel- und Karpfentuberculose, der Leprabacillus, die pseudotuberculösen Bacillen der Butter, die Bacillen von Bordoni-Uffreduzzi und Czaplewski gehören. Wie diese, wäre der Verrugabacillus ein Sklerothrix.

Metin, médecin des colonies: **Ist der Diphtheriebacillus in den Organen des Körpers vorhanden?** (Ibidem.)

In Anbetracht der widersprechenden Ansichten darüber, ob der Diphtheriebacillus ausser in den Pseudomembranen auch in den übrigen Organen und im Blute vorhanden ist und sich vermehrt, unternahm M. eine grosse Anzahl von Thierexperimenten mit 2 verschiedenen Bacillenarten. Beim Kaninchen nach intravenöser und beim Meerschweinchen nach subcutaner Injection verschwindet der Diphtheriebacillus kurze Zeit nach derselben aus dem Blute und ist weder in diesem noch in den Körperorganen wieder zu finden, ausser in der Milz, wenn die Autopsie ziemlich spät nach dem Tode gemacht wird. Aus einer zweiten Reihe von Experimenten resultirt jedoch, dass die Inoculation einer Mischung des Löffler'schen Bacillus mit Streptococcen oder Staphylococcen ernstere Folgen zeigt und man ersteren bei dieser Affection immer im Blut oder den Organen wiederfindet.

Noury Bey, Quarantänearzt: **Die Pestepidemie von Dschedda (1898).** (Ibidem.)

Die angestellten Nachforschungen ergaben, dass die Epidemie durch Reissäcke von Bombay eingeschleppt wurde (directe Ansteckung oder indirect durch inficirte Ratten und Mäuse?). Die Zahl der Kranken betrug 35, welche sich ausschliesslich aus den in den Depots beschäftigen Arbeitern aus dem Stamme der «Hadrami» rekrutirten, 3 davon kamen zur Heilung, die Epidemie dauerte 27 Tage. Die aus den Bubonen der Menschen und bei 4 eingefangenen Mäusen gewonnenen Bacterien waren durchaus charakteristisch, ein Fall von Bronchopneumonie ergab negativen bacteriologischen Befund. Ueber die Serumdiagnose konnten keine Untersuchungen angestellt werden, ebensowenig wie das von Roux übersandte Heilserum anzuwenden möglich war.

Stern-München.

Vereins- und Congressberichte.

70. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

in Düsseldorf vom 19. bis 24. September.

Medicinisch-historische Ausstellung.

(Bericht von Prof. Friedr. Helfreich-Würzburg.)

Wenn diese Zeitschrift in ihren Nummern 45 und 46 es unternommen hat, ihren Lesern einen Bericht über die bei der diesjährigen Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Düsseldorf in den Sitzungen der medicinisch-historischen Section gehaltenen Vorträge vorzulegen, so darf sie es gewiss nicht unterlassen, auch einer anderen Unternehmung dieser Section zu gedenken, welche in den weitesten Kreisen Anerkennung gefunden hat, wir meinen die von der genannten Section durchgeführte **medicinisch-historische Ausstellung.**

Der ideale Zweck dieser Ausstellung war der, in einer Zeit, in welcher der ununterbrochene Entwickelungsgang der Naturwissenschaft und Medicin die Neigung für historische Studien auf diesem Gebiete zurückgedrängt hat, deren hohe wissenschaftliche und ethische Bedeutung den Theilnehmern an der Versammlung unmittelbar vor Augen zu führen. Denn wie es immer eine Wahrheit bleiben wird, dass die beste Lehrmeisterin der Völker ihre Geschichte ist, so gilt der Werth historischer Betrachtung nicht minder für die Forschung und Arbeit auf dem Felde der Naturwissenschaft und Medicin. Auch dieser ist das Buch ihrer Geschichte ein Janusantlitz, rückschauend und vorwärtszeigend. Dieses Buch ist es, aus welchem diese Wissenschaften einerseits allein die volle Erkenntniss ihres gegenwärtigen Besitzes, anderer-

seits aber stets neue Impulse und Ziele für die Forschung schöpfen.

Das Verdienst der Initiative und Durchführung des Unternehmens der historisch-medicinischen Ausstellung kommt vor Allem 3 Männern zu, die sich in Betreff der inneren und äusseren Voraussetzungen für das Gelingen der Aufgabe in der vollständigsten und glücklichsten Weise ergänzt haben. Es waren dies einerseits für die wissenschaftliche Seite der Unternehmung die beiden als Medicohistoriker rühmlich bekannten Aerzte Dr. C. Sudhoff in Hochdahl bei Düsseldorf und Dr. Fel. v. Oefele in Bad Neuenahr, während andererseits alle Aufgaben der äusseren Organisation in keine berufeneren Hände als in die des Directors des Kunstgewerbemuseums zu Düsseldorf, Herrn Frauberger, hätten gelegt werden können. Er war es zugleich, welcher den beiden genannten wissenschaftlichen Mitarbeitern nach ihren ersten Vorberathungen über das Unternehmen mit einem fertig entworfenen Plane entgegen kam. Unterstützt wurden die genannten Herren durch einen in Düsseldorf für den Zweck der Ausstellung gebildeten Ausschuss und durch eine Anzahl von auswärtigen Mitgliedern der medic.-historischen Section, deren Thätigkeit sich darauf richtete, eine möglichst reichhaltige Beschickung der Ausstellung zu vermitteln. In diesem Sinne wirkten u. A. Prof. Dr. Pagel in Berlin, Docent Dr. v. Töply in Wien, Dr. Peypers in Amsterdam, während dem Verfasser dieses Berichtes die Vertretung der Angelegenheit für den Bereich des Königreiches Bayern übertragen war. Er genügt nur einer Dankespflicht, wenn er constatirt, dass das k. bayer. Cultusministerium das Unternehmen in wohlwollendster Weise gefördert hat. Durch diese gemeinsamen Bestrebungen wurde nun theils aus Sammlungen und Bibliotheken der einzelnen Staaten, der Städte, theils aus Stiftungen, wie aus Privatbesitz das Material für die Ausstellung gewonnen.

Als ein integrirender trefflicher Bestandtheil des Ausstellungsunternehmens ist der Catalog zu bezeichnen, dem ein bleibender wissenschaftlicher Werth zukommt und der vor Allem wieder das Werk Sudhoff's und v. Oefele's ist. Gewiss wird es vielen der Collegen willkommen sein, zu erfahren, dass das Kunstgewerbemuseum in Düsseldorf diesen Catalog an Interessenten auch jetzt noch gerne abgibt.

Gehen wir nun zur Ausstellung selbst über, so waren ihre ganz besonderen Vorzüge in 3 Umständen begründet: 1. In ihrer Vollständigkeit, 2. in ihrer Anordnung und 3. in dem wissenschaftlichen Werthe der in ihr enthaltenen Einzelobjecte. Die Begründer der Ausstellung hielten bei deren Aufbau zunächst das Princip fest, dass in jeder einzelnen historischen Abtheilung vor Allem die für deren Charakteristik typischen und wesentlichen Objecte vertreten sein sollten. Dem entsprechend war dafür Sorge getragen, dass überall da, wo in der bezeichneten Richtung Originalgegenstände wegen ihrer Seltenheit und Kostbarkeit nicht zu erlangen waren, durch entsprechende Abbildungen, Photographien etc. solcher Originale jede Lücke ergänzt wurde. Diese Art der Ergänzung war naturgemäss vor Allem für die den ältesten medicinischen Culturperioden entsprechenden Abtheilungen der Ausstellung nothwendig. Ueber den Umfang der Ausstellung dürfte am besten die Thatsache belehren, dass dieselbe 4249 Nummern enthielt. Ihrer äusseren Ausgestaltung und Anordnung kam zunächst der Umstand zu Statten, dass für dieselbe durch das Entgegenkommen des Herrn Directors Frauberger die wundervollen Räume des Kunstgewerbemuseums in Düsseldorf zur Verfügung gestellt waren. Sie war in 2 Stockwerken dieses Gebäudes, darunter der herrliche Lichthof des Erdgeschosses, in der Weise untergebracht, dass die einzelnen Abtheilungen der Ausstellung sich nach ihrer zeitlichen Folge übersichtlich aneinander schlossen. Ausserdem waren dieselben auch noch mit deutlichen, im Catalog leicht auffindbaren Bezeichnungen versehen.

Ihrem Inhalte nach zerfiel die ganze Ausstellung in 2 grosse Abtheilungen. Die I. sollte ein chronologisch sich entrollendes Gesammtbild historischer Entwicklung bieten. Sie umfasste also fortlaufend die ganze Geschichte der Heilkunde von den Anfängen der historischen Zeit bis zur Gegenwart (mit Einschluss der Volksmedicin). Die Hauptabtheilung II bestand in Specialausstellungen, z. B. einer von Sudhoff veranstalteten Ausstellung über Paracelsus. Um dem Leser einen richtigen Ueberblick zu verschaffen, wollen wir uns nochmals im Geiste in die Räume der Ausstellung zurückversetzen und an der Hand des Cataloges die Führung übernehmen.

Hauptabtheilung I.

Der Weg durch die Hauptabtheilung I der Ausstellung, wie wir sie oben näher charakterisirt haben, theilte sich in 3 grosse Etappen: 1. In die Periode des Alterthums, 2. in die des Mittelalters, 3. in die der Renaissance und Neuzeit.

1. Alterthum. Die Unterabtheilungen für diese Periode betrafen die medicinische Cultur Egyptens, Mesopotamiens, Altindiens, Kleinasiens, Griechenlands und Roms. Da gerade dieser älteste Theil der Geschichte der Medicin, wenigstens betreffs der grossen und vielfach bahnbrechenden Fortschritte der letzten Decennien, noch weniger allgemein bekannt ist, dürfte sich in seiner Besprechung eine etwas grössere Ausführlichkeit rechtfertigen.

Aus der altegyptischen Geschichte waren vor Allem die medicinischen Texte des Pharaonenlandes: Der thierärztliche und der gynäkologische Papyrus von Flinders Petrie, der Papyrus Ebers und Brugsch major, aus denen wir unsere jetzige Kenntniss über den hohen Stand der Heilkunde in diesem alten Culturlande geschöpft haben, theils in photographischen Abbildungen, theils in facsimilirten Abdrücken zur Ausstellung gebracht. Ein Hymnus an den Aerztegott Thot, übersetzt von Turajeff, ergab, dass in dem täglichen Gebete der Priesterärzte die Bitte «um ein Haus und Vermögen, um Unterhalt und Beliebtheit in den Herzen aller Menschen» nicht vergessen war. Abbildungen von Feuersteinmessern aus der vormetallischen Zeit Egyptens, altegyptischer Instrumente aus Theben, eines Kastens für Schönheitsmittel und Spezereien der Königin Mentuhotep aus der Zeit nach der XII. Dynastie, ferner der Darstellung der Geburt der Königin Hatschapus (2. Jahrtausend v. Chr.), die auf dem Geburtsstuhle bei Anwesenheit von 4 Hebe- und 2 Stillammen erfolgt, und einige Statuetten des Thot sind für den medicinischen Theil der egyptischen Ausstellung weiter zu erwähnen. Aus dem Gebiete der Naturwissenschaften waren von besonderem Interesse die vorhandenen Leinwandzeichnungen über die Expedition der schon genannten Königin Hatschapus zur Erforschung der Weihrauchländer in Transerythraea. Diese Zeichnungen waren den an den Tempelwänden von Deir el Bahari auf Befehl der Königin ausgeführten Darstellungen nachgebildet und boten genaue Aufschlüsse über die Art der Expedition und über ihre Ausbeute in botanischer, zoologischer und mineralogischer Hinsicht. — Von den Funden aus der medicinischen Geschichte Mesopotamiens waren Nachbildungen des Siegels eines mesopotamischen Arztes (mehrere Jahrtausende vor Christus), eines Amulettes gegen Kolik (2 symbolische Scenen der Löwenerwürgung), sowie mehrerer Keilinschriften (einen ärztlichen Bericht über einen hohen Verwundeten an den König Assurbanipat und assyrische Beschwörungstherapie betreffend) vorhanden. — Die altindische Medicin war durch die Abbildung von Destillationsapparaten und chirurgischen Instrumenten repräsentirt. — Aus der vorhippokratischen Medicin in Kleinasien, die nach den bei ihr in Betracht kommenden Culturen genauer als phrygisch-lydisch-trojanische (ca. 3000—1000 v. Chr.) zu bezeichnen ist und die zugleich als Ausgangspunkt der eigentlichen griechisch-hippokratischen Medicin angesehen werden muss, waren vielfache Abbildungen keramischer und metallischer Gegenstände aus dem Werke «Schliemann, Troja» vorhanden. Die betreffenden Gefässe hatten wohl zu chemisch-metallurgisch-pharmaceutischen Zwecken gedient und es ist wahrhaft bewundernswerth, in welch' richtiger Weise, vollkommen unseren heutigen Principien entsprechend, die einzelnen Formen dieser Gefässe dem bestimmten Gebrauchszwecke des Kochens, Abdampfens etc. angepasst waren. — Aus der vorhippokratischen Periode der Medicin in Griechenland selbst waren namentlich Abbildungen der durch das kaiserlich deutsche archäologische Institut in Athen gewonnenen Ausgrabungen (Inschriften, Votivreliefs etc.) der athenischen Tempel der Aerztegottheiten vorhanden. Man erkannte aus ihnen vor Allem, dass

als Aerztegott vor Asklepios eine bisher unbekannte Gottheit, Amynos, galt, und dass letzterer in späterer Zeit noch gleichzeitig mit Asklepios als solcher verehrt wurde. Die Votivreliefs selbst geben theilweise interessante Aufschlüsse, welche Krankheiten in dem Heiligthume behandelt und geheilt wurden. So war auf einer solchen Weihetafel ein Opfernder dargestellt, wie er eine in kolossalem Maassstabe gehaltene Abbildung seines mit Krampfadern versehenen, jetzt geheilten, Beines im Tempel aufstellte. — Die Unterabtheilung der klassisch-griechischen Medicin bildete eine besondere Zierde der Ausstellung. Aus derselben sind zunächst die Reproductionen des Commentars und der Abbildungen zu erwähnen, mit welchen Apollonius von Kittium (1. Jahrh. n. Chr.) die Schrift des Hippokrates über die Luxationen versehen hatte. Das Original gehörte zu dem Besitze des Byzantiners Nicetas (11. Jahrh.) und ist die Veröffentlichung nach einem Codex der Laurentiana in Florenz erfolgt. Weiter lag eine Nachbildung vor des für die Geschichte der griechischen Medicin und die wissenschaftliche Charakteristik des Hippokrates, als eines Anhängers der Pneumalehre, so wichtig gewordenen und in den jüngsten Jahren so viel besprochenen Papyrus 137 von Menon, dem Schüler des Aristoteles. Dieser Papyrus gelangte bekanntlich im Jahre 1891 aus Fajum in Egypten in das Britische Museum nach London. Diese Abtheilung enthielt ferner Facsimilirungen einzelner Seiten aus den kostbarsten und ältesten Codices von Hippokrates (11. Jahrh.), Dioscorides (5. u. 7. Jahrh.), Metrodorus, Paulus Aegineta (7. Jahrh.), Oribasius (11.—12. Jahrh.) etc. — Aus der ibero-etruscischen Medicin (die Etrusker waren die Urbewohner der Nordküste des Mittelmeeres) waren einige plastische Nachbildungen von Zahnersatzstücken, so z. B. ein Brückenapparat zur Befestigung künstlicher Zähne, vorhanden. — Eine besonders reich ausgestattete Abtheilung war der römischen Medicin gewidmet, die ja bekanntlich als die einfache Uebertragung der griechischen anzusehen ist. Sie enthielt vor Allem eine Fülle von chirurgischen Instrumenten in Originalstücken, in vorzüglicher Ausarbeitung: Sonden, Spatel, Löffel, Pincetten, Knochenschaber, Messer, Scheeren, Plättchen zum Einstreichen von Salbe in die Augen, Alles, mit Ausnahme der Messerklingen, von Bronce, ferner Schröpfköpfe, Balsamarien, Augenarztstempel, Phallusamulette, Waagen u. dergl. Die römischen Augenarztstempel, meist in Serpentin geschnitten, dienten bekanntlich dazu, die in Pastaconsistenz zubereiteten und in kleine Stücke geformten Collyrien mit dem entsprechenden Aufdrucke des Namens des Augenarztes und des Mittels selbst, seines Gebrauches und seiner Indicationen z. B. ad lippitudinem, ad aspritudinem zu versehen. Das Mittel wurde dann langsam getrocknet und wurden von demselben bei Bedarf kleinere Mengen in einer entsprechenden Flüssigkeit erweicht und aufgeschwemmt. Aus der fränkischen Zeit (merovingische Periode) war ein Hornkamm, eine Bartzange zur Entfernung der Haare und eine eiserne Scheere ausgestellt.

2. Mittelalter. Aus dieser Periode war, abgesehen von einigen Gegenständen aus der byzantinischen und koptischen medicinischen Cultur (letztere entsprach bekanntlich einer Nachlese der altegyptischen Cultur), zunächst die arabische Medicin und Naturwissenschaft durch einen reichen Bücherschatz vertreten, welcher die Werke der Klassiker dieser Epoche wie Rhazes, Avicenna, Abulcasis, Geber umfasste. — Aus dem Bereiche der mittelalterlichen Medicin und Naturwissenschaft im Abendlande war zunächst eine Anzahl von griechischen und lateinischen Handschriften, meist in Mönchsklöstern geschrieben, vorhanden, welche sich indessen mehr durch ihr Alter als durch ihren wissenschaftlichen Werth auszeichneten. Die deutsche mittelalterliche medicinische Literatur war durch Abdrücke und theilweise photographische Reproduction mehrerer niederdeutscher Arzeneibücher repräsentirt, unter denen vor Allem das grosse Arzeneibuch der Gothaer Papierhandschrift No. 980, De dudesche arstedie, zu erwähnen ist.

3. Renaissance und Neuzeit. Dieser letzte Abschnitt der grossen Hauptabtheilung I der Ausstellung war in 10 Unterabtheilungen gebracht: a) Astronomie und Physik, b) Botanik, c) Zoologie, d) Anatomie, e) Chirurgie, f) Geburtshilfe, g) Monstrositäten, h) Alte medicinische Volksbücher und Verwandtes, i) Alchymistische Symbolik, k) Pharmakologie, Destillation und Apothekenwesen.

Selbstverständlich können wir hier nur dem Wichtigsten unsere Aufmerksamkeit zuwenden. Die 1. Unterabtheilung für Astronomie und Physik bot eine Schatzkammer werthvoller alter Instrumente und Apparate: Astrolabien, Sonnenuhren, Compasse, Geschützaufsätze zum Messen der Höhenrichtung der Geschütze, einfache und zusammengesetzte Mikroskope, terrestrische Fernrohre, Spiegelteleskope, Globen u. dgl. Daran schloss sich eine Collection astronomisch-physikalischer Druckwerke vom Anfange des 16. Jahrhunderts bis zur Gegenwart an. — In der botanischen Literatur eröffnete den langen Reigen das Werk des Macer: De viribus herbarum 1560. Hier begegnen wir ferner den Werken eines Conrad Gessner, Leonhard Fuchs, Carl Linné und Anderer, welche die Botanik als wissenschaftliche Disciplin begründet haben. Die in dieser botanischen Abtheilung ausgelegten Bildwerke verfolgten vor Allem den Zweck, den Entwickelungsgang der Botanik an einer fortlaufenden Zusammenstellung von Pflanzenabbildungen von der Zeit des ältesten Holzschnittes bis zu unseren heutigen vollendeten Nachbildungsmethoden (Farbendruck und Naturselbstdruck) ersichtlich zu machen. — Die zoologische Abtheilung verfügte über einen verhältnissmässig kleinen Bücherschatz. — Die anatomische Abtheilung bot, ähnlich der botanischen, zunächst ebenfalls eine fortlaufende Entwickelungsreihe betreffs der anatomischen Abbildung von den Zeiten griechischer Handschriften bis zur Gegenwart. Eine kostbare Galenhandschrift aus dem 15. Jahrhundert mit anatomischen Miniaturen aus der kgl. öffentlichen Bibliothek in Dresden, anatomische Studien von Lionardo, Michel Angelo, die Abbildungen Vesal's bildeten hier besondere Glanzpunkte. Die Zahl der, grösstentheils höchst werthvollen, anatomischen Werke entsprach dem Umfange einer kleinen Bibliothek. — Die chirurgische Abtheilung bot zunächst in ihrer Sammlung von Instrumenten aus den älteren Zeitperioden eine nur kleinere Auswahl. Klotzzangen für Pfeilspitzen und Büchsenklötze (Gewehrkugeln), sowie Trepanationsinstrumente aus dem 16. Jahrhundert sind hier in erster Linie zu nennen. In dieser Abtheilung fanden sich auch die klassischen Präparate Bernhard Heine's über Knochenregeneration aus dem anatomischen Institute der Universität Würzburg. Ihre historische Bedeutung ist darin begründet, dass B. Heine mit diesen Versuchen, ausgeführt an Thieren mit dem von ihm erfundenen Osteotom, der Begründer der subperiostalen Resection der Knochen geworden ist. Unmittelbar neben diesen Präparaten fanden sich die Modelle orthopädischer Stühle von dem Onkel Bernh. Heine's, J. G. Heine in Würzburg, dem Schöpfer der Orthopädie. In dieser chirurgischen wie auch in der folgenden geburtshilflichen Abtheilung war ebenfalls wieder eine vorzügliche Repräsentation der Literatur des Faches, namentlich ihrer älteren Perioden, geboten. — Eine ganz besondere Erwähnung verdient die Abtheilung für Pharmakologie, Destillation und Apothekenwesen betreffs der wahrhaft grossartigen und auch im Einzelnen höchst werthvollen Collection von alten Destillations- und Apothekengefässen in Glas, Porzellan, Steingut, Bronce und Messing.

Wie schon bemerkt, war der Hauptabtheilung I der Ausstellung als ein selbständiger Anhang die Volksmedicin beigefügt. Sie enthielt an Originalgegenständen zunächst eine grosse Anzahl von Votivgaben, dann aus der Medicin der Naturvölker: Fetische zur Heilung von Krankheiten, Medicamente, chirurgische Instrumente, Amulette. Eine Menge solcher ethnographischer Gegenstände war ferner in photographischer Nachbildung und zwar zumeist nach Originalaufnahmen im k. Museum für Völkerkunde in Berlin dargestellt.

Hauptabtheilung II.

Ueber die Hauptabtheilung II, welche, wie bereits bemerkt, für Sondergruppen bestimmt war, müssen wir uns kurz fassen. Sie zerfiel in 12 Gruppen. Wir erwähnen unter denselben nur die wichtigsten. 1. Den Homo Neanderthalensis

und seine Literatur. Erstgenannter war durch einen vorzüglich gelungenen Gipsabguss und -Ausguss des Schädels repräsentirt. — 2. Die Ausstellung zu Ehren des 1896 verstorbenen Eduard Nicaise, hervorragenden Schriftstellers über die Chirurgie des Mittelalters. Sie umfasste Nicaise's sämmtliche Werke. — 3. In der Ausstellung Dr. v. Töply's-Wien war der Versuch gezeigt, als Lehrmittel für den medicinischen Geschichtsunterricht zur bequemen Veranschaulichung gewisser Doctrinen der alten Medicin, Pappcartonmodelle zu benützen. Die in der Sammlung Töply's befindlichen Modelle stellten dar: Die 27 Pulsgattungen des Galen, die Elementarkörpergestalten des Plato, die Dreiecks-Elementarkörperfläche nach Plato u. s. f. — 4. Die schon erwähnte Paracelsusausstellung enthielt neben zahlreichen Porträts des Paracelsus eine grosse Menge Schriften von demselben und über denselben. — 5. Die Ausstellung zur Geschichte der Medicin und Naturwissenschaft am Niederrhein war die weitaus grösste Sondergruppe. Sie umfasste zunächst eine grosse Menge alter Literatur aus beiden Gebieten. Für die Medicin wollen wir hier nur erwähnen die Physica S. Hildegardi's 1553, die Commentarien des Joh. Günther von Andernach 1571, die Schriften von Weyer, dem Bekämpfer des Hexenwahnes (16. Jahrhundert) und von Fabry von Hilden, dem grössten deutschen Chirurgen im 17. Jahrhundert. Die Reihe bedeutender Werke niederrheinischer Aerzte schliesst der glänzende Name Bernhard von Gudden's. Diese Abtheilung enthielt ferner in ihrem handschriftlichen Theile Briefe von Lavater, Jung-Stilling und Anderer. — 6. Die nächste Gruppe umfasste Deutschlands dichtende Naturforscher und naturforschende Dichter, zusammengestellt von Herrn Schimmelbusch in Hochdahl. Diese Gruppe bot Proben der ältesten deutschen Literatur, wie die Merseburger Zaubersprüche, eine Auswahl von Werken von Ullrich v. Hutten (Febrisdialoge, Schrift de Morbo gallico), die Werke A. v. Haller's, die naturwissenschaftlichen Abhandlungen Göthe's und Anderer. — 7. Eine weitere interessante Gruppe führte in einer grossen Zahl von Oelgemälden, Holzschnitten, Kupferstichen, Federzeichnungen, Radirungen, Photographien etc. culturgeschichtliche, zur Heilkunde gehörige Darstellungen, wie über Operationen, Quacksalberthum, Verbandplätze, dann Badebilder, Bilder aus der Pestzeit etc. vor. — 8. Eine geradezu grossartige Collection bot die Gruppe: Portraitmedaillen und Medaillen, geprägt zur Erinnerung an Pest- und andere Krankheiten, speciell durch Einfügung der ganzen Sammlung des Herrn Hofrathes Dr. L. Pfeiffer in Weimar «Pestilentia in nummis».

Wir sind damit am Ende der Ausstellung angelangt. Wenn es gewiss überhaupt nicht möglich ist, mit einer blossen Schilderung dem Eindrucke unmittelbarer Anschauung nahe zu kommen, so wollten wir in den vorstehenden Zeilen wenigstens versuchen, Jenen, denen die Theilnahme an der diesjährigen Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte versagt war, einen Ueberblick über das Unternehmen der historisch-medicinischen Ausstellung zu bieten.

Idealen Bestrebungen ist, wie die tägliche Erfahrung lehrt, oftmals ein äusserer Erfolg versagt. Als ein um so entschiedeneres Merkmal des inneren Werthes der Ausstellung erscheint es demgemäss, wenn es ihr vergönnt war, auch in materieller Beziehung ein Resultat zu erzielen, wie es selbst bei ganz andersartigen Ausstellungsunternehmungen nur selten erreicht wird. Zufolge des ausserordentlich lebhaften Besuches aus allen Kreisen Düsseldorfs und der Rheinlande hat die medicinisch-historische Ausstellung mit einem Ueberschusse abgeschlossen. Gerade dieser äussere Erfolg ist ein Zeugniss dafür, dass auch in den Kreisen der Laien der Grundgedanke des ganzen Unternehmens richtig erkannt und gewürdigt wurde. Lag er ja nur darin, zu zeigen, wie unsere ärztliche Wissenschaft und Kunst in langer, ernster Arbeit von Jahrtausenden nur 2 Ziele verfolgt hat und ebenso auch in Zukunft verfolgen wird: nach dem Grunde der Erscheinungen, nach der Wahrheit zu forschen und mit der gefundenen Wahrheit dem Wohle der Menschheit zu dienen.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 30. November 1898.

Demonstrationen:

Herr **Thumim** demonstrirt die von Doyen angegebene **Pince à pression progressive** zur Exstirpation des Uterus ohne Ligatur und ohne Klammer. Nachdem Herr Doyen bei Gelegenheit des letzten Chirurgencongresses in der Landau'schen Klinik eine Frau mit Hilfe seines Instrumentes glücklich voroperirt hatte, wurden seitdem von Landau 26 Frauen in der gleichen Weise operirt; alle mit gutem Erfolg, insbesondere ohne Nachblutung. Die beiden dem Doyen'schen Instrumente anhaftenden Nachtheile, Kürze der Branchen und Erforderniss eines beträchtlichen Kraftaufwandes, wurden nun von Th. in geeigneter Weise modificirt, wie ein zweites demonstrirtes Instrument ausweist.

Tagesordnung:

Herr **Karewski: Beitrag zur Heilung der narbigen (knöchernen) Kieferklemme.**

Die schwierige Aufgabe, eine narbige Kieferklemme zur Heilung zu bringen, eine Aufgabe, an der sich schon viele Chirurgen mit wechselndem Erfolge betheiligt haben, wurde in dem demonstrirten Falle von K. in glücklicher Weise gelöst. Die Patientin, ein junges russisches Mädchen, litt in Folge einer nicht ganz klarzustellenden, in der Kindheit überstandenen Krankheit an so bedeutender Kieferklemme, dass der Oberkiefer sich in den zahnlosen atrophischen Unterkiefer einbohrte, auch nicht die geringste Oeffnung des Mundes möglich war und die Ernährung durch Zahnlücken erfolgen musste. Nach vergeblichen Narbendurchschneidungen wurde ein grosses Stück des Unterkiefers und ebenso die verknöcherte Narbe resecirt und damit ein ausgezeichnetes Resultat, die Möglichkeit weiter Oeffnung des Mundes erzielt. Recidiv hält Vortr. für ausgeschlossen.

Herr **Sklarek a. G.: Ein Fall von angeborenem Myxoedem** (mit Demonstration).

Das vorgestellte Mädchen befindet sich in der Irrenanstalt zu Dalldorf. Es ist das jüngste von 3 Geschwistern; die beiden anderen sind gesund. Vater ist Säufer und nach Ansicht der Mutter nie syphilitisch gewesen; die Mutter musste während der Schwangerschaft viel Aufregung durchmachen und schwer arbeiten. Nervenkrankheiten sind nicht in der Familie.

Das Kind war Anfangs anscheinend normal, wurde bis zum 6. Monat von der Mutter gestillt. Damals stellte sich ein bläschenartiger Hautausschlag bei dem Kinde ein, der über den ganzen Körper verbreitet war und nach Einreibung einer weissen Salbe heilte. Am Ende des ersten Lebensjahres fiel auf, dass das Kind nicht weiter wuchs. Im 3. Lebensjahre sprach es die ersten Worte. Gehversuche machte es im 7. Jahre. Die Intelligenz blieb sehr gering und das Kind kam später in die Idiotenanstalt. Im März 1897 wurde es nach Dalldorf verbracht. Das Kind war damals 15 Jahre alt, wog 15 kg und war 80 cm lang! Der Kopfumfang betrug 50 cm. Die Haare fehlten am Hinterkopf, wo ein schuppendes Ekzem bestand. Die Haut war teigig, leicht cyanotisch, an Händen und Füssen blauroth. Das Gesicht gedunsen, dement. Augenlider geschwollen. Nase sattelartig. Mund offen gehalten. Der Kiefertheil des Kopfes trat stärker hervor. Zähne stark defect; ob ein Zahnwechsel stattgefunden hatte, war nicht zu ermitteln. Das Zungenbändchen reicht fast bis zur Spitze der Zunge.

In beiden Supraclaviculargruben gänseeigrosse teigige Tumoren, ohne scharfe Grenze in das Nachbargewebe übergehend; ebensolche in der vorderen Axillarlinie. Thorax fassförmig. Innere Organe anscheinend gesund. Schilddrüse nicht zu fühlen. Puls 88; Kyphose der Wirbelsäule; Nabelhernie; Haare in Achselhöhle und am Mons veneris nicht vorhanden. Patientin konnte nicht allein gehen; sie war noch nicht menstruirt. Spontanes Sprechen fehlte gänzlich; sie zeigte auf Verlangen verschiedene Körpentheile, wobei jedoch rechts und links verwechselt wird.

Seit August 1897 bekommt Patientin Schilddrüsentabletten, Anfangs von einem deutschen Präparat aufsteigend bis zu 2 Tabletten pro Tag. Innerhalb neun Wochen wurden 80 Tabletten verabfolgt. Schon da zeigte sich ein deutlicher Erfolg: Die Cyanose schwand, die Körperlänge hatte um 3 cm zugenommen; Urin blieb dabei frei von Eiweiss und Zucker. Puls stieg auf 120.

Nach einer 8tägigen Pause ging Vortragender versuchsweise zu dem englischen Präparate über, allmählich bis zu 6 Tabletten pro die ansteigend. Unangenehme Zufälle traten nicht auf, nur mehrmals Erbrechen und Klagen über Kopfschmerzen. Die Körperlänge nahm nun um 14 cm zu. Die Haare wurden durch normale neue ersetzt, welche den ganzen Kopf bedecken; die cariösen Zähne fielen aus und neue wuchsen nach, welche aber unregelmässig und schief stehen. Die Nabelhernie hat sich zurückgebildet, dessgleichen die Tumoren in der Achselbeuge. Die Bewegungen geschehen geschickter und lebendiger. Patientin kann allein gehen. Urin blieb frei von Eiweiss und Zucker. Temperatur zwischen 36 und 37°. Puls 100—110; die Intelligenz hat sich entschieden gehoben.

Dass die Unterbrechung der Schilddrüsenmedication einen Rückfall hervorruft, zeigte sich, als Patientin einige Zeit zu Hause war. Es wurde dann wegen der fehlenden Menstruation ein Versuch mit Ovarialtabletten gemacht, doch ohne jeden Erfolg und dann zu den Schilddrüsentabletten wieder übergegangen. Der Gebrauch derselben soll, wenn auch in geringerer Dosis, dauernd fortgesetzt werden und es dürfte sich erwarten lassen, damit auch eine dauernde Besserung zu erzielen.

Discussion. Herr Ewald wünscht, dass diejenigen Herren, welche noch immer die Bedeutung der Schilddrüse für den Stoffwechsel nicht anerkennen, sich einmal einen solch' exquisiten Fall ansehen möchten. Er fragt Vortragenden noch, ob die Fontanellen offen seien, oder ob sich eine prämature Synostose der Nähte finde, wie bei anderen Cretinen.

Herr Sklarek bemerkt, dass bei der Aufnahme die grosse Fontanella noch offen war (also im 15. Jahre), dass sie aber jetzt nach der Cur geschlossen sei.

Discussion zum Vortrage des Herrn **L. Casper: Therapeutische Erfahrungen über den Ureterenkatheterismus.**

Herr J. Israel: An den Ausführungen des Herrn Casper interessire ihn am meisten die Behauptung desselben von der Heilbarkeit einer Pyonephrose durch Ausspülungen. So freudig auch ein derartiger Fortschritt zu begrüssen wäre, so musste er sich doch sagen, dass da eine grosse Anzahl günstiger Momente zusammenkommen müssen, gegenüber den zahlreichen einschränkenden Vorkommnissen, welche dieses Verfahren unmöglich machen können. Solche Contraindicationen können auf Grund seiner Erfahrungen an nahezu 300 Nierenoperationen folgende sein:

1. Impermeable Hindernisse im Ureter; auch muss eine freie Communication zwischen Nierenbecken und Nierenkelchen bestehen, was in älteren Fällen häufig vermisst wird.

2. Beschaffenheit des Secretes; es kann nämlich der Eiter eingedickt oder durch Vermengung mit Schleim so klebrig sein, dass er selbst aus dem ausgeschnittenen Präparat nur schwer abfliesst. Es kommt aber auch zu partieller Verkreidung. Auch bei Tuberculose ist, wie schon Casper anführt, das Verfahren nicht anwendbar; doch lässt sich die Tuberculose durchaus nicht immer vorher diagnosticiren.

3. Gabelung des Ureters, entweder mit Bildung zweier Nierenbecken oder getrennten Kelchsystemen.

4. Organische Hindernisse, z. B. Klappenbildung oder bindegewebige Verzerrung am Anfangstheil des Ureters; abnormer Verlauf durch Adhaesionen oder Abknickung des Ureters bei gesenkter Niere. Diese Zustände sind häufiger als man glaubt und werden durch Präparate belegt.

5. Uebergreifen der Eiterung auf das perinephitische Gewebe.

6. Wenn schleuniges Verfahren nöthig ist.

Ist man aber so glücklich, keine von allen diesen Contraindicationen anzutreffen, dann muss man nach Herrn C.'s Aussage nach einer verhältnissmässig geringen Zeit zum Ziele gelangen; dass dies aber nicht immer der Fall sein dürfte, zeigt ein Vergleich mit dem doch viel einfacher liegenden chronischen Blasenkatarrh. Angesichts dieses Umstandes frage er Herrn Casper, in wieviel Fällen er überhaupt den Versuch mit seinem Verfahren gemacht habe und in wievielen mit Erfolg?

Man könnte nun meinen, dass obige Contraindicationen lauter Raritäten betreffen; er prüfte desshalb darauf hin sein Material, in wieviel Fällen von klinisch diagnosticirter Pyonephrose — also mit Ausschluss z. B. solcher, wo schon vor der Operation die Diagnose Tuberculose u. dergl. gestellt werden konnte — der Katheterismus des Ureters einen Erfolg hätte erwarten lassen können.

Da zeigte sich denn, dass unter 81 Fällen sich nur 3 fanden, welche die Möglichkeit eines Erfolges denkbar erscheinen liessen.

Aus dem nun folgenden zahlenmässigen Beleg sei hervorgehoben, dass 5 Fälle spontan heilten; 3mal ein unpassirbares Hinderniss vorhanden war, so dass auch geübte Untersucher den Katheter nicht einführen konnten. 10mal fand sich Tuberculose — die vor der Operation erkannten Tuberculosen sind, wie erwähnt, nicht mitgerechnet — 18mal Steine; 13mal Eiterherde im Nierenparenchym, 6mal organische Hindernisse. Es blieben also im Ganzen 3 Fälle von 81 übrig. Ob in diesen 3 aber der Katheter auch wirklich den zu hegenden Erwartungen entsprochen haben würde, ist durch die bisherigen geringen Erfahrungen noch nicht sichergestellt.

Es geht also aus diesen Betrachtungen hervor, dass zunächst eine grundlegende Aenderung der bisherigen Behandlung der Pyonephrose nicht zu erwarten ist.

Viel aussichtsreicher erscheint J. nach theoretischen Erwägungen die locale Therapie der chronischen Pyelitis, welche doch häufiger den Verläufer der Pyonephrose darstellt. Daher frage er Herrn C. auch, in wieviel Fällen von chronischer Pyelitis, also solchen von mindestens 6 Monaten Dauer, er Heilung erzielt habe?

Die Meinung, dass mit dem Katheterismus des Ureters keine Gefahren verbunden seien, hält Israel für optimistisch. Ebenso wie es keinen Meister der Chirurgie gäbe, welcher behaupten könne, dass er noch nie durch den doch viel einfacheren Blasenkatheterismus geschadet hätte!

Darum führt er 2 Fälle an, in welchen nach seiner Meinung in dem einen bestimmt, im anderen wahrscheinlich der Ureterenkatheterismus geschadet habe.

1. Fall. Arzt acquirirte 1893 eine Gonorrhoe, an die sich ein leichter chronischer Blasenkatarrh anschlosss. Da derselbe sehr hartnäckig war, auf Ausspülungen nicht wich und der Patient sich erinnerte, einmal in der Gegend der rechten Niere leichte Schmerzen verspürt zu haben, so tauchte der Verdacht auf eine Pyelitis auf. Der Katheterismus des rechten Nierenbeckens ergab klaren Urin, ohne Eiter. In derselben Nacht trat Schüttelfrost auf und hohes Fieber, ein Zustand, der sich nun mehrere Wochen täglich wiederholte. Dann folgte eine freie Pause, an die sich während mehrerer Jahre von Zeit zu Zeit auftretende Schüttelfröste anschiossen. In den letzten Wochen traten Schmerzen in der rechten Niere hinzu. Zur Zeit besteht trübe Polyurie, also zweifellos eine Affection des Nierenbeckens. Hier könne man nicht daran zweifeln, dass der Katheterismus nur geschadet habe, gleichviel ob er eine schon vorhandene Pyelitis verschlechtert oder erst eine solche hervorgerufen habe.

Im 2. Falle fand sich bei der Operation durch I. ein maligner Nierentumor und in dem vom Tumor noch verschonten Parenchym ausgesprochene pyelitische Eiterherde, Dieser seltsame Befund veranlasste Nachfrage und es ergab sich, dass der Patient 12 Tage vorher mit dem Ureterenkatheterismus behandelt worden war. Da dies von 44 Fällen von Nierentumoren der einzige mit solchen Eiterherden ist und auch der einzige, bei welchem der Katheter eingeführt worden war, so liegt der Schluss nahe, dass dieser Eingriff die Eiterung verursacht habe.

Israel kommt nun noch auf seine Bemerkung zurück, die er kürzlich in der Discussion zu einem Falle Litten's gemacht hatte, und die von Casper irrig aufgefasst worden sei. Er habe gesagt, wenn in einem gegebenen Falle die 24stündige Harnstoffmenge nicht erheblich die Hälfte der normalen überschreite, dann dürfe man nicht nephrektomiren. Nie und nimmer aber dürfe man daraus den Schluss ziehen, dass man aus dem positiven Befunde auch die Berechtigung zur Nephrektomie herleiten dürfe

Die Ansicht Casper's, dass man zur Prüfung der Functionstüchtigkeit einer Niere den Urin gesondert entnehmen soll, d. h. mit dem Ureterenkatheterismus ist nicht möglich, da die Harnstoffmenge sehr starken Schwankungen unterliegt, so dass man aus einer entnommenen Probe nicht das Tagesquantum berechnen kann. Wie unsicher derartige Berechnungen sind, zeigt ein vorgestellter Fall von grosser weisser Niere mit Amyloid, in welchem Casper die Harnstoffmenge aus einem aufgefangenen Quantum von 20 ccm auf 2,1 Proc. Harnstoff, also mehr als das normale, berechnete. In seiner früheren Brochüre habe Casper die genannte Unmöglichkeit auch selbst zugegeben.

Der Schluss Casper's, dass sich durch den Katheterismus Todesfälle umgehen lasseu, ist nicht zutreffend. Gerade in den von Casper citirten 3 Fällen, welche Israel verloren, zeigte sich, dass auch der Katheterismus nicht das Gewünschte hätte leisten können. In dem einen fand sich Tuberculose der operirten und Amyloid der andern Niere, was vorher nicht zu erkennen war, da fast kein Eiweiss und fast keine Cylinder vorhanden waren. Im andern fand sich hingegen vorher Eiweiss, und doch hatte die Operation die Folge, dass Patient, obwohl schon eine schwere pyaemische Infection vorhanden war, noch 8 Monate am Leben erhalten werden konnte. Es kann eben aus der Ausscheidung von Eiweiss bezw. Cylindern gar nicht auf die Brauchbarkeit einer Niere geschlossen werden, wie Israel noch mit weiteren Beispielen belegte.

H. Kohn.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 28. November 1898.

Herr **F. Zenker**-Hamburg a. G. demonstrirt seinen **Geradhalter aus Celluloid**, der ein Unterstützungsmittel bei der Behandlung der Lungentuberculose dadurch bilden soll, dass er den Thorax entlastet und die Schultern zurückhält, durch welch' letzteres Moment eine bessere Durchlüftung der Lungenspitzen angestrebt wird. Der Apparat stellt ein Corsett dar mit Freilassung der Brust und beiderseitigen, elastischen Stützen der Schultern.

Discussion: Herr A. Fraenkel bemerkt, dass er aus den Schilderungen des Vortragenden in einer früheren Nummer der Münch. med. Wochenschr. die Ueberzeugung gewonnen habe, dass der Gedanke des Vortragenden ein recht glücklicher sei und dass er die Gelegenheit benutze, den Apparat zu empfehlen.

Discussion zu dem Vortrage des Herrn **C. S. Engel: Ueber embryonale und pathologische rothe Blutkörperchen.**

Herr Ehrlich bezeichnet die Untersuchungsresultate des Vortragenden als einen wichtigen Fortschritt.

Herr C. Benda protestirt, wie bei früheren Gelegenheiten, so auch jetzt, gegen die Methodik Ehrlich's und somit auch Engel's, da diese Methode fälschlich aus dem Nebeneinander-

vorkommen verschiedener Formen auch ein Nach- und Auseinander derselben folgert.

Herr Ullmann polemisirt ebenfalls gegen diese Methodik und greift auch Engel persönlich an.

Herr Stadelmann betont, dass Ehrlich nunmehr sich dem von den Klinikern festgehaltenen Standpunkte nähere, wonach er nicht mehr von dem Auftreten der Megaloblasten die Diagnose der perniciösen Anaemie abhängig mache.

Herr A. Lazarus bemerkt, dass Stadelmann die Aeusserung Erlich's missverstanden habe, da E. durchaus nicht von seinem früheren Standpunkte abgewichen sei, dass aus dem Blutbefunde allein die Diagnose perniciöse Anaemie gestellt werden könne. In den beiden citirten Fällen habe Ehrlich trotz der Abwesenheit der sonst charakteristischen Elemente die Diagnose p. A. gestellt, da sich eben noch andere entscheidende Momente fanden und er habe aus der Abwesenheit der Megaloblasten und -cyten geschlossen, dass das Knochenmark nicht mehr regenerationsfähig sei, dass also gelbes Mark sich finden müsse.

Zur Methode E.'s bemerkte er, dass es Ehrlich niemals eingefallen sei, von seiner Methode der Blutuntersuchung etwas anders zu behaupten, als dass sie ein Reagens auf das Blut sei, allerdings das z. Z. beste und schonendste.

Herr Strauss führt dem gegenüber einen in der Charité beobachteten Fall von perniciöser Anaemie an, wo bald Megaloblasten gefunden wurden, bald nicht, und zwar immer dann wurden sie gefunden, wenn es dem Patienten schlechter ging. Nachdem es ihm eine Zeit lang bei Fehlen dieser Elemente gut gegangen, traten plötzlich 2 Tage a. m. wieder Megaloblasten auf. Das Knochenmark war trotzdem roth; man könne doch nicht annehmen, dass es diese Farbe in den letzten 2 Tagen angenommen.

Herr Engel (Schlusswort) weist darauf hin, dass seine Untersuchungen das wichtige Ergebniss gehabt hätten, dass alle drei Formen von kernlosen rothen Blutkörperchen als Vorstufe kernhaltige rothe Blutkörperchen besitzen, die sich beim Erwachsenen im Knochenmarke, beim Embryo hier und im Blute finden.

Discussion zum Vortrage des Herrn Placzek: Klinisch-mikroskopische Beiträge zur progressiven Muskalatrophie.

Herr Stadelmann bestreitet, dass in den vorgestellten Präparaten sich eine Atrophie der Vorderhornzellen finde, die Atrophie der Hinterstränge sei zuzugeben. Er frage, ob es sich nicht um die neurotische Form der Muskelatrophie gehandelt habe.

Dass zwischen den einzelnen Formen der Muskelatrophie Uebergänge existiren, habe ja Erb selbst schon längst gesagt

Herr Bernhard schliesst sich diesen Ausführungen Stadelmann's an.

Herr Rosin bemerkt, dass Placzek ihn und Senator als Zeugen angeführt habe, da er ihnen seine Präparate vorgelegt hätte. Demgegenüber bemerkt er, dass er sowohl, wie Senator, dem Vortr. gesagt hätten, dass sie in seinen Präparaten keine Atrophie der Vorderhornzellen bemerken könnten und auch in einem ihm von Pl. überlassenen ungefärbten Stück, das er (R.) dann selbst färbte, konnte er keine Atrophie finden. Die Atrophie der Hinterstränge sei zuzugeben.

Herr M. Rothmann bestreitet ebenfalls die Atrophie der Vorderhornzellen. Der Befund in den Hintersträngen beweise sogar, dass es sich um eine ganz alte Tabes handele.

Herr Placzek (Schlusswort) will trotz dieser einstimmigen Ablehnung seiner Präparate nicht ganz darauf verzichten, in denselben eine Atrophie der Vorderhornzellen zu sehen. H. K.

Verein Freiburger Aerzte.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 25. November 1898.

1. Herr Kraske: Ueber die Behandlung der Prostatahypertrophie.

Während in vielen Fällen eine hypertrophische Prostata keinerlei Beschwerden macht und nur als Nebenbefund bei Sectionen angetroffen wird, bildet sie in andern ein mechanisches Hinderniss für die Urinentleerung. Dieses kann von verschiedener Stärke sein. Es kann durch compensatorische Hypertrophie der Blasenmusculatur ganz überwunden werden, oder die Urinentleerung wird unvollständig und darum häufiger, oder endlich es kommt zu vollständiger Retention. Uebler als die genannte Kategorie von Prostatikern, die man die mechanischen nennen kann, sind die infectiösen Prostatiker dran, bei welchen sich als Folge der mechanischen Behinderung oder der Eingriffe, die zu deren Beseitigung gemacht wurden, entzündliche Processe hinzugesellen. Den Beschwerden der ersten Gruppe kann man, sobald der Urin nicht mehr vollständig entleert wird, auch durch ein mechanisches Mittel, den Katheter, meist in genügender Weise begegnen. Bei peinlicher Antisepsis kann sich der Kranke selbst bei Jahre langem Gebrauche des Katheters vollständig wohl befinden. Treten aber entzündliche Erscheinungen hinzu, so wird die Behandlung viel schwieriger. Denn weder innere Mittel noch Blasenausspülungen sind im Stande, sie ganz zu beseitigen; der zurückbleibende Rest von Urin unterhält die Cystitis und lässt sie nicht zur Heilung kommen, und die Kranken kommen nach und nach ausserordentlich herunter. Es ist daher natürlich, dass man längst bestrebt war, das Uebel an seinem Grunde, durch die Beseitigung des mechanischen Hindernisses, zu heilen.

Die chirurgischen Maassnahmen — von der auf falsche Voraussetzungen hin unternommenen und gänzlich erfolglosen Behandlung mit Prostatasaft ist ganz abzusehen — haben zum Ziel, denjenigen Theil der Prostata, der als muttermundartiger Zapfen oder als ventilartiger mittlerer Lappen in die Blase hineinragt, und welcher unter dem Binnendrucke der gefüllten Blase die Oeffnung der Harnröhre verlegt, zu entfernen.

Socin hat diese Operation nach vorausgeschicktem hohem Blasenschnitte mit vorzüglichem Erfolge ausgeführt. Der hohe Blasenschnitt kann bei den jetzigen Hilfsmitteln gefahrlos gemacht werden. Am zweckmässigsten ist es, die Blase vorher durch ein Gebläse mit Luft anzufüllen. Diese letztere Methode bietet den Vortheil grosser Bequemlichkeit, und man vermeidet dabei die Verunreinigung des Operationsfeldes durch Flüssigkeit.

Vor einer solchen Operation ist es nöthig, sich von der Form der Prostata eine genaue Vorstellung zu machen. Die digitale Untersuchung per anum genügt dazu nicht, da sie den in die Blase vorstehenden Theil der Prostata, von welchem allein die Beschwerden abhängen, nicht fühlbar macht. Die Cystoskopie verlangt grosse Uebung, und es ist besonders schwierig, die von trübem, schwer zu entfernenden Schleim bedeckte Prostatagegend zu sehen. Trotzdem ist sie unerlässlich.

Gegen den hohen Blasenschnitt liegt nun aber das Bedenken vor, dass diese eingreifendere Operation doch nur bei nicht zu alten und noch kräftigen Personen ausgeführt werden kann, seine Anwendung daher eine beschränkte ist. Daher ist zuerst von Dittel versucht worden, zwischen Rectum und Harnröhre einzugehen und Stücke der Prostata zu exciciren. Die Operation kam jedoch in Vergessenheit durch die anscheinend glänzenden Erfolge, welche mit anderen ganz ungefährlichen Methoden, den sogenannten sexualen, erzielt wurden. 1893 wurde zuerst von dem norwegischen Arzt Ramm und gleichzeitig von dem Amerikaner White die doppelseitige Castration gemacht, die zur raschen Besserung der Beschwerden geführt habe. Die theoretische Voraussetzung für diese Operation ist offenbar die Verkleinerung der Fibrome des Uterus nach Castration der Frauen. Seit jener Zeit zählten die gegen die Prostatahypertrophie gemachten Castrationen nach Hunderten. Ueber die Erfolge sind die Meinungen jedoch getheilt. Während Einige dafür eingenommen sind, sprechen ihr Andere jeden Werth ab. Zu den Letzteren gehört auch der Vortragende. Wegen ihres barbarischen Charakters hat er sich lange nicht entschliessen können, sie vorzunehmen. In einem Falle, der günstig lag, weil keine entzündlichen Erscheinungen vorhanden waren, entschloss er sich, sie auszuführen. Doch war ein Erfolg davon nicht zu constatiren. So ist auch von vielen Anderen berichtet worden. Es ist nicht festgestellt, dass die Prostata castrirter Thiere kleiner ist, als die nicht castrirter Thiere der gleichen Rasse und noch viel weniger, dass die Castration von Einfluss ist auf die bereits hypertrophirte Prostata des Menschen.

Ganz dasselbe gilt auch von der Unterbindung der Vasa deferentia, worüber ebenfalls Günstiges berichtet worden.

Schon bevor diese sexualen Operationen in Aufnahme gekommen waren, war von Bier die doppelseitige Unterbindung der Arteriae iliacae internae ausgeführt worden. Diese Operation, an sich rationell, konnte sich aber wegen ihres eingreifenden Charakters keinen Eingang verschaffen.

In neuerer Zeit wurde nun die Aufmerksamkeit der Chirurgen wieder auf ein Verfahren gelenkt, welches von Bottini schon vor 10 Jahren angegeben worden, das aber unter dem Einflusse der sexualen Methoden in Vergessenheit gerathen war. Dieses Verfahren verdient Beachtung, weil es rationell, nicht schwierig und nicht gefährlich ist. Bottini hatte die Idee, von der Harnröhre aus das Hinderniss durch Kauterisation mittels des elektrischen Stromes zu beseitigen. Sein ursprüngliches In-

strument nannte er Kauterisator. Später gab er demselben eine messerartige Form, um damit den Wall, der den Urin am Ablaufen hindert, zu durchschneiden. Bottini hat mit diesem Instrumente, Incisor genannt, zahlreiche Kranke behandelt und gute Erfolge erzielt. Sowohl auf dem Chirurgencongress, als auf dem internationalen Congress zu Moskau ist die Sache sehr günstig beurtheilt worden. Die Operation gilt für ungefährlich. Doch ist von Kümmell ein Todesfall (Blutung in die Blase) angegeben worden. Der Vortragende hat in den wenigen Fällen, die er gemacht hat, kein Fieber, keine Reaction, ausser geringem Schmerz beobachtet. Die Erfolge waren sehr gute. Schon nach wenigen Stunden erfolgte die Urinentleerung spontan, nachdem jahrelang vorher katheterisirt hatte werden müssen. Das Verfahren kann ohne Narkose, bloss mit Cocainanaesthesie, also auch bei alten Leuten angewendet werden.

Zum Schluss demonstrirt der Vortragende das Instrument und seine Handhabung.

2. Herr **Kraske: Krankenvorstellung.**

Es handelt sich um ein kleines Mädchen, bei welchem, in Folge einer Verletzung an einer Futterschneidmaschine die Sehne des Extensor communis am Vorderarm durchtrennt und nicht gleich zusammengenäht worden war. Später ergab sich die Unmöglichkeit, die Sehnenenden einander nahe zu bringen. Der Vortragende führte folgende Operation aus. Er durchschnitt die Muskelbäuche der Musculi carpi radiales, schlug sie nach oben um und nähte sie an das obere Ende der Extensorensehne, den unteren Stumpf der verletzten Sehne nähte er an dem angefrischten Muskelbauch fest. Auf diese Weise wurde die Continuität in dem Extensor communis hergestellt. Die Operation war vor 8 Tagen gemacht worden, und schon jetzt lassen sich, wie sich bei der Demonstration zeigt, ausgiebige Fingerextensionen erkennen.

3. Herr **Manz** demonstrirt einen Kranken, an welchem wegen Oesophagusstrictur die **Gastrostomie** gemacht worden war und erläutert die verschiedenen Methoden, welche eine schlussfähige Magenfistel herbeizuführen bezwecken.

Greifswalder medicinischer Verein.

(Original-Bericht.)

Sitzung vom 26. October 1898.

Vorsitzender: Herr Mosler. Schriftführer: Herr Busse.

Als Gäste anwesend die Medicinalbeamten und Aerzte, welche an dem Cursus über Conjunctivitis granulosa in Greifswald theilnehmen:

1) Herr **Helferich** demonstrirt a) eine Reihe von **Injectionspräparaten des unteren Theiles des Ileum, des Coecum mit dem Processus vermiformis** und des daransitzenden Kolontheiles. Es wird auf die verschiedene Gestalt und Lage des Processus vermiformis aufmerksam gemacht.

b) 2 Fälle von **Beugecontracturen im Kniegelenk**: 1) ein 13jähriges Mädchen, bei dem eine spitzwinklige knöcherne Ankylose des Kniegelenks (nach Tuberculose) durch Resection eines bogenförmigen Keils und Durchschneiden der Sehnen der Kniekehle beseitigt worden ist.

2) Einen 12jähr. Knaben, bei dem vor 6 Jahren seine Beugecontractur in gleicher Weise gestreckt wurde, aber im Juni dieses Jahres nach Sprung vom Tische ganz plötzlich wieder auftrat.

3) Ein 7monatliches Mädchen mit doppelseitiger angeborener Kniegelenkscontractur — nach Helferich's Annahme — in Folge von allzu geringem Fruchtwasser.

c) Einen Fall von **Luxatio coxae congenita,** bei welchem durch die unblutige Reposition die Stellung gebessert worden ist.

2) Herr **Schirmer** stellt zwei Fälle von geheiltem **pulsirenden Exophthalmus** vor und bespricht Diagnose und Therapie. Im ersten Falle handelt es sich um eine 42jährige Frau, bei welcher der Exophthalmus nach einem Heugabelstich in den inneren Winkel der rechten Orbita innerhalb einer halbstündigen Ohnmacht auftrat. 18 Tage später Aufnahme in die Augenklinik. Digitalcompression der rechten Art. carot. comm. führte nicht zum Ziele, desshalb Unterbindung derselben, danach Heilung.

Der zweite Fall betrifft ein 25jähriges Dienstmädchen, das vor einem Jahre eine complicirte linksseitige Oberkieferfractur erlitten hat und jetzt nach einem Jahre im Juni beim Heben schwerer Milchkannen die Symptome des pulsirenden rechtsseitigen Exophthalmus (Schmerzen und Sausen) plötzlich bemerkte. In der Klinik bleibt derselbe durch Compression der rechten Carotis unbeeinflusst, hört aber nach Compression der linken auf. Es muss also hier eine Communication der linken Carotis mit dem rechten Sinus cavernosus bestehen. Durch Digitalcompression der linken Carotis, Bettruhe und Druckverband Heilung des rechtsseitigen Exophthalmus. Eine genauere Untersuchung zeigt, dass auch links eine geringe Protrusio bulbi und Pulsation besteht, die sich bei der Behandlung nicht zurückgebildet hat. Da Patientin keine Beschwerden hat, so ist sie seit 2 Monaten entlassen und geht ihrer Arbeit nach.

3) Herr **Egon Hoffmann**: Demonstration eines Falles von **geheiltem Hirnabscess.** Es werden die vier häufigsten Complicationen der Otitis media, nämlich 1) der extradurale Abscess, 2) die jauchige Sinusthrombose, 3) die eitrige Meningitis, 4) der Gehirnabscess ausführlich besprochen und besonders die Schwierigkeit der Diagnosestellung hervorgehoben und durch Beispiele erläutert. Der vorgestellte Fall betrifft einen 38jährigen Hofbesitzer, der seit dem 7. Lebensjahre an Mittelohreiterung litt. Am 25. December 1897 plötzliche Verschlimmerung, Schmerzen, Schwindelgefühl, Eiterverhaltung. Bei der ersten Untersuchung am 2. Januar 1898 bestand hohes Fieber, Schmerzhaftigkeit und entzündliches Oedem des rechten Warzenfortsatzes. Spaltung des Trommelfelles brachte vorübergehende Besserung. Bei der nothwendig werdenden Operation fand sich das Tegmen tympani zerstört und ein epiduraler Abscess. Nach vorübergehender Besserung trat Verschlimmerung ein, indem sich vollständige Bewusstlosigkeit und totale Lähmung der linken Extremitäten einstellte. Die starke Pulsverlangsamung (44 in der Minute) legte die Diagnose auf Abscess nahe, der nach den Herdsymptomen in der Gegend der rechten Centralfurche zu suchen sein musste. Probepunction ergab stinkenden Eiter, Incision, Drainage führte nach Entleerung grösserer Eiterungen schliesslich zu völliger Heilung. Auch die Mittelohreiterung kam zum Stehen, so dass der seinerzeit völlig aufgegebene Patient jetzt ohne Belästigung seiner Beschäftigung nachgehen kann.

4. Herr **Beumer: Zur Spermauntersuchung.**

Wenn der Gerichtsarzt früher Kleidungsstücke zur Untersuchung auf Spermaflecke erhielt, musste er sich die verdächtigen Flecken aufsuchen, aufweichen und auf Spermatozoen untersuchen. Das war sehr mühsam und zeitraubend und führte oft nicht zum Ziele. Erleichtert wurde dann das Erkennen der Spermatozoen durch die Färbemethoden.

Neuerdings hat nun der französische Gerichtsarzt Florence angegeben, dass wässerige Extracte solcher Flecken, mit Jodjodkalium versetzt, charakteristische Krystalle bildeten, die er Virispermin nannte und die schnell und sicher die Samenflecken in den Kleidungsstücken nachwiesen. Es hat sich nun gezeigt, dass diese Methode zwar keine specifische Reaction des Samenextractes ist, sondern auch von anderen eiweisshaltigen Flüssigkeiten geleistet wird, aber dennoch für die Auffindung der Samenflecken einen nicht unbeträchtlichen Werth als Vorprobe hat. Nur diejenigen Flecken, welche die Reaction geben, werden weiterhin auf Spermatozoen untersucht und zwar mit Anwendung von Färbungen. Demonstration mikroskopischer Präparate.

5. Herr **Mosler** demonstrirt **Heissluftapparate** zur Behandlung rheumatischer Leiden.

6. Herr **Rosemann: Ueber den Einfluss des Alkohols auf den Stoffwechsel des Hungernden.**

Die frühere Anschauung, dass Alkohol Eiweiss spare, ist in neuester Zeit durch Versuche, die unter v. Noorden's Leitung ausgeführt worden sind, wie auch durch Rosemann's Untersuchung dahin modificirt, dass Alkohol kein Eiweiss spare. Nach Untersuchungen, die Romeyn unter Forster's Leitung angestellt hat, scheint es, als ob der Alkohol zerstörend auf die Eiweissstoffe wirkt. Gibt man hungernden Personen Alkohol, so bemerkt man eine Vermehrung der Stickstoffausscheidung. Rosemann hat nun seinerseits am Nachmittage des ersten Hungertages, zu welcher Zeit die Stickstoffausscheidung stetig sinkt, 50 ccm Alkohol gegeben und eine Zunahme der Stickstoffausscheidung in den nächstfolgenden Stunden beobachtet. Auch wenn nach einigen Stunden noch einmal Alkohol gegeben wird, tritt eine Vermehrung der Stickstoffausscheidung ein. Daraus folgt, dass diese Zunahme nicht einfach auf die Erhöhung der Diurese zu beziehen ist. Bei Einführung von schnell resorbirbaren stickstofffreien Körpern (Zucker) wird nun die Stickstoffausscheidung des Hungernden ebenfalls vermehrt. Vortr. führt die Erhöhung auf eine intensivere Zellenthätigkeit zurück, indem dieselbe durch die Aenderung der Concentration und Zusammensetzung der umspülenden Flüssigkeiten angeregt wird. Rosemann folgert: Der Alkohol wirkt weder im Sinne einer Vermehrung noch einer Verminderung des Eiweissstoffwechsels, sondern verhält sich hiefür durchaus indifferent.

7. Herr **Ballowitz** demonstrirt **mikroskopische Präparate der menschlichen Cornea,** welche in jeder fixen Hornhautzelle an beliebiger Stelle in der Nähe des unregelmässigen Kerns je ein Centralkörperchen zeigen.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 29. November 1898.

Vorsitzender: Herr Rumpf.

I. Demonstrationen:

1. Herr **Cordua** demonstrirt an einem Kranken das verhältnissmässig seltene Krankheitsbild der **Luxation des Nervus peroneus**, das er mehrfach zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Literatur über das Thema ist noch ziemlich gering. Die Entstehung des Leidens ist unklar: entweder besteht eine abnorme Flachheit der Knochenrinne oder eine zu geringe Erhabenheit des Condylus medialis humeri. Die subjectiven Erscheinungen sind in manchen Fällen gering, so dass der Träger dieser Abnormität nur durch Zufall darauf aufmerksam wird, oft aber sind es lästige Paraesthesien und plötzlich eintretende Schwäche bei Beuge- und Streckbewegungen. C. vergleicht die Affection mit der Luxation der Peroneussehnen. Die Diagnose ist leicht. Die Therapie ist einfach. C. hat in einem Fall mit gutem Erfolg eine Osteoplastik gemacht. Im vorgestellten Falle bestanden zu Beginn der Behandlung knotige circumscripte Verdickungen am Nerven. Durch Resorbentien ging die chronisch entzündliche Schwellung zurück.

2. Herr **Lauenstein** stellt 1. eine 27jährige Patientin vor, der er durch Choledochotomie **3 Steine aus dem Choledochus** entfernt hat, von denen einer in den D. cysticus ragte. Leichter Ikterus, Uebelbefinden, dauernd Schmerzen, keine Koliken; mässige Vergrösserung der Leber. Gallenblasse nicht fühlbar. Dieselbe fand sich bei der Operation, wie angenommen war, geschrumpft. Die culturelle Untersuchung ergab Bact. coli. Der Infection der Gallenwege vindicirt L. eine aetiologische Rolle für die Steinbildung.

2. L. hat einen durch das Röntgenbild nachgewiesenen **Nierenstein**, der aus kohlensaurem Kalk bestand, einem seit 9 Jahren steinkranken Manne entfernt. Der Stein erschien im Aktinogramm ½ cm grösser in allen Durchmessern, als er in Wirklichkeit war. L. demonstrirt an einer Reihe von Aufnahmen die Durchlässigkeit der chemisch verschiedenen Steine für X-Strahlen und bespricht die Diagnose derselben mit diesem Verfahren.

3. Herr **Albers-Schönberg: Demonstration von mit Röntgenstrahlen behandelten Hautkranken (Lupus, Ekzema chronicum, Favus).**

Das Interesse, welches dem Einfluss der Röntgenstrahlen auf den menschlichen Organismus und speciell auf die Haut entgegengebracht wird, veranlasst Redner, diese Wirkungsweise an einer Anzahl von Patienten, welche von ihm und Dr. Hahn im Laufe des letzten Jahres behandelt wurden, zu demonstriren. Es ist bei dieser Demonstration kein Werth darauf gelegt, ausschliesslich geheilte Fälle vorzustellen, sondern vielmehr die Wirkung der Röntgenstrahlen an Patienten, welche sich in der Behandlung befinden, zu zeigen. Die Versuche, welche von A. bisher mit positivem Erfolge angestellt wurden, erstrecken sich auf Fälle von Lupus vulgaris, chronischem Ekzem, Favus und Psoriasis.

Unterzieht man einen an Lupus leidenden Patienten einer Bestrahlungsbehandlung, so bemerkt man nach kurzer Zeit (5 bis 6mal) eine diffuse, auf Hyperaemie beruhende Röthung der bestrahlten Partie. Subjectiv wird ein, auch objectiv festzustellendes, Wärmegefühl vom Patienten verspürt. Setzt man die Behandlung fort, so constatirt man nach einiger Zeit ein Prominiren der Knötchen, Abfallen der Borken und Reinigung etwaiger Ulcerationen. Dabei schwellen derb infiltrirte Theile, wie Nase, Lippen etc. allmählich vollständig ab. Nach Aussetzen der Behandlung stösst sich die Epidermis nach und nach ab und man erhält nach Beendigung einer oft wochenlang dauernden Behandlung an Stelle der ursprünglich erkrankt gewesenen Hautpartien eine glatte, zarte, sehr vulnerabele, aber völlig lupusfreie Haut. Als Beispiel für diesen Verlauf der Behandlung zeigt Redner Fälle, welche das Stadium der Reaction, der Reinigung und Abheilung der Geschwüre, das der Desquamation der Epidermis, sowie das Endstadium der vollendeten Heilung zeigen.

Anders gestaltet sich der Verlauf, wenn man die Bestrahlung in forcirter Weise (wovor indess zu warnen ist) in Anwendung bringt. Es kommt in solchen Fällen unter Steigerung der reactiven Erscheinungen sehr bald zur Excoriation der bestrahlten Partien, welche, obwohl sie selten tiefer als auf das Rete Malpighi geht, Tendenz zu äusserst langsamer Abheilung hat. Kommt es dann schliesslich zu Ausheilung, so scheinen, wie auch in den Fällen des Vortragenden, die lupösen Producte völlig zum Schwinden gebracht zu sein. Zur Erläuterung dieses Verlaufes wird eine Patientin, welche seit 23 Jahren an Lupus der Nase und des Gesichtes leidet, und sowohl chirurgisch wie mit Tuberculin behandelt worden ist, gezeigt. Es kam bei ihr, die eine sehr empfindliche Haut hat, sehr bald zu einer fast handtellergrossen Excoriation auf der rechten Wange, welche erst nach langer Zeit zur Heilung gebracht wurde. Die eine Hälfte des Gesichts dürfte nunmehr gesund erscheinen, die andere Hälfte befindet sich zur Zeit noch in Behandlung.

Um über Dauererfolge zu reden, sind die Versuche noch zu jung. Es wird ein Fall von geheiltem Lupus der Nase vorgestellt, welcher nunmehr fast ein Jahr recidivfrei geblieben ist.

Redner stellt ferner einen Fall von Lupus der Nase vor, welcher im Neuen Allgemeinen Krankenhause auf der Abtheilung des Herrn Dr. Sick erfolgreich mit Röntgenstrahlen behandelt worden war. 4 Monate nach ausgesetzter Behandlung trat ein Recidiv in Gestalt von 4 kleinen Knötchen, das ausserordentlich schnell durch 8malige Bestrahlung beseitigt wurde, auf.

Es folgt hierauf die Vorstellung von 5 Fällen von chronischem Ekzem und zwar von solchen Fällen, welche erfolglos durch lange Zeit hindurch bereits andersartig behandelt worden waren. Zunächst ein Fall von chronischem Ekzem des Handrückens, welcher völlig geheilt und seit April dieses Jahres recidivfrei geblieben war. Alsdann 3 Fälle von chronischem Unterschenkelekzem bei Frauen, welche ebenfalls unter Bestrahlung absolut ausheilten. Die jetzt gesunde Haut unterscheidet sich ausser durch eine leicht bräunliche Pigmentirung in nichts von der normalen. Des Weiteren wird ein Fall von chronischem impetiginösem Kopfekzem bei einem 11 Monate alten Kinde gezeigt. Das Ekzem heilte bei Bestrahlung unter erheblichem Defluvium capillitii ausserordentlich schnell. Die Haare kamen nach einigen Monaten wieder. Die Behandlung des chronischen Ekzem ist eine wesentlich andere als die des Lupus. Während bei ersterem die Dauer der Bestrahlung eine recht lange sein muss, braucht das Ekzem eine verhältnissmässig sehr kurze Zeit (10—12malige Bestrahlung), um völlig zur Heilung gebracht zu werden. Das Charakteristische der Bestrahlungstherapie lässt sich in folgende 3 Punkte am besten zusammenfassen:

1. Aufhören des Nässens. 2. Austrocknen der Haut. 3. Abschuppung.

Zum Schluss stellt Redner einen Knaben mit Favus vor, bei welchem die Epilation in kürzerer Frist gelang. Die Haut macht jetzt einen weichen, gesunden Eindruck, feste und gesunde Haare sind im Nachwachsen begriffen.

Ausführliche Mittheilung cf. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Bd. I u. Bd. II.

4. Herr **Hahn** stellt eine Frau mit **multiplen extragenitalen Primäraffecten des Gesichts** vor. Dieselbe inficirte sich bei der Pflege eines hereditär syphilitischen Kindes dadurch, dass ihr beim Baden des Kindes Wasser in's Gesicht spritzte, als sie gerade einen während der Menstruation entstandenen Herpes am Munde hatte. Entsprechend den inficirten Herpesbläschen entstanden 3 Initialsklerosen am Kinn und 2 an der Oberlippe. Grosse indolente Schwellung der Submental- und Submandibulardrüsen folgten zunächst, später Allgemeinerscheinungen, Roseola, Schilddrüsenschwellung.

5. Herr **Kümmell** stellt eine 53jähr. Patientin vor, bei der eine **traumatische Psychose** operativ geheilt wurde. Vor 5 Jahren schwere Verletzung der rechten Schädelseite durch Hammerschlag; Knochentrümmer kurz nachher operativ entfernt. Juli 1897 Verbringung in die Irrenanstalt Friedrichsberg, da Patientin seit Wochen verändertes Wesen zeigte und in den letzten Tagen im höchsten Grade aufgeregt war. Patientin war sehr laut, lebhaft, unruhig, hallucinirte, glaubte sich verfolgt und vergiftet, verweigerte die Nahrung. Nach vorübergehender Besserung wesentliche Verschlimmerung. Die Kranke wurde aggressiv gegen Wärterinnen und Mitkranke und vollständig verworren. August 1898 trat Somnolenz auf und gleichzeitig unsicherer, schwankender Gang. 3. X. 1898 Operation, fünfmarkstückgrosser Knochendefect auf der rechten Seite des Os frontis; abpräpariren der Galea über demselben. Excision der Narbe. Es tritt ein über wallnussgrosser cystischer Tumor (Erweichungscyste), welcher in die Rindensubstanz eindringt, zu Tage. Beim Abpräpariren der Cyste platzt sie und entleert bernsteingelbe, schleimige Flüssigkeit. Tamponade mit Jodoformgaze. Schluss der Wunde durch einige Situationsnähte. Nach 10 Tagen wird der Knochendefect durch eine in denselben genau hineinpassende gewölbte Celluloidplatte verschlossen, darüber die Kopfhaut fest vernäht. Ausser einem Krampfanfall im rechten Arm reactionsloser Wundverlauf. Seelischer Zustand von Tag zu Tag besser. Zur Zeit völlig wohl, geistig klar, ohne irgend welche psychische Störungen. Die Celluloidplatte ist ohne Fistel fest eingeheilt. K. berührt noch ausführlich die Technik der Autoplastik und Heteroplastik.

6) Herr **Lindemann** bespricht unter Hinweis auf ein Röntgenbild einen Fall von **Oesophagospasmus.** 40jähriger Mann. Vor 17 Jahren Lues. Schmiercur. Seit 7 Jahren Schluckbeschwerden: Kalte Flüssigkeit stockt beim Verschlucken, wird dann wieder durch Vomitus in die Höhe gebracht. Dabei anfallsweise stechende Schmerzen. Die Diagnose schwankte zwischen Divertikel, Ulcus, Tumor. Eine von Kelling ausgeführte Oesophagoskopie (im Archiv für Verdauungskr. publicirt) ergab nichts Abnormes: Es wurde ein nervöser Cardiospasmus angenommen. L. führte ein am unteren Ende verschlossenes weiches Gummirohr bis in den Magen, füllte dasselbe dann mit Quecksilber und liess so ein Röntgenbild anfertigen. In der Höhe der 7. und 8. Rippe erschien neben der Sonde ein tiefschwarzer Schatten, der mit grösster Wahrscheinlichkeit einem Bronchialdrüsentumor — wahrscheinlich luetischer Natur — seine Entstehung verdankt. Es handelt sich demnach wohl um secundären Spasmus. Zur Behandlung desselben empfiehlt L. die Dilatation durch mit Hg gefüllte Sonde, ein Verfahren, das schonend ist, die allmähliche Erweiterung durch stärkeren Hg-Zufluss gestattet und sich daher bei allen leicht vulnerablen Stricturen gefahrlos ausführen lässt.

7) Herr **Aly** demonstrirt ein Präparat von **Verschluss des Ductus choledochus durch ein im Entstehen begriffenes Pankreascarcinom.**

Die Diagnose war auf Cholelithiasis gestellt. Cholecystoenterostomie, um die Cholaemie zu beseitigen. Tod am 7. Tage nach der Operation durch Herzschwäche.

II. Vortrag des Herrn **Wollenberg: Die forensische Beurtheilung der Krampfkranken, insbesondere der Hysterischen.** (Folgt in nächster Nummer.) Werner.

Rostocker Aerzteverein.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 12. November 1898.

Vor der Tagesordnung: Herr **Dobbertin: Ueber die Resultate der Phelps'chen Klumpfussoperation.**

Das Operationsverfahren, das in allen Fällen befolgt wurde, beruht auf der Durchschneidung der Weichtheile am inneren Fussrande nach Phelps; etwas genauer beschrieben gestaltete es sich kurz folgendermaassen:

Ein direct unterhalb des inneren Knöchels beginnender Schnitt verläuft, indem man den Klumpfuss in die entgegengesetzte Stellung zu bringen sucht und so die verkürzten Theile spannt, nach unten und ein wenig nach vorne bis in die Planta pedis event. bis nahe dem äusseren Fussrande und durchtrennt Haut, Unterhautzellgewebe und alle spannenden Weichtheile, die der Redression Widerstand setzen ohne Schonung der Gefässe und Nerven. Von den Muskeln resp. Sehnen, welche hier verkürzt sind und zur Durchschneidung gelangen, kommen besonders der Abductor hallucis, die Aponeurosis plantaris, der Tibialis posticus kurz vor seinem Ansatz an das Os naviculare, der Flexor hallucis longus et brevis in Betracht. Ist nunmehr das Redressement noch nicht völlig ausführbar, so wird auch das Ligam. deltoides durchtrennt und die spannenden Gelenkkapseln eröffnet, besonders das Gelenk zwischen Os naviculare und Talushals. Dann war in allen unseren Fällen die Uebercorrection möglich. Die weit klaffende Wunde wurde tamponirt und, nachdem noch die subcutane Tenotomie der Achillessehne hinzugefügt war, unredressirt verbunden. Nach 5 Tagen Verbandwechsel in Narkose; erneute Tamponade und Gipsverband in Uebercorrectionsstellung von den Köpfchen der Metatarsalknochen bis kurz oberhalb des Knies. Bei Anlegung des letzteren wurden 3 Punkte besonders beobachtet: Erstens das Herumbringen der Ferse im Tibiotarsal- resp. Talotarsalgelenk (nicht nur des vorderen Fusstheiles im Chopart'schen Gelenk) in Pronationsstellung, zweitens Streckung des inneren Fussrandes zur Abduction und drittens starke Dorsalflexion des Fusses. Der Verband bleibt bei Wohlverhalten des Kindes 10 bis 14 Tage liegen, dann Verbandwechsel; Wunde wird nicht mehr tamponirt, nur vorgelegt, abermals Gipsverband. Nach 4 bis 5 Wochen war die Heilung gewöhnlich vollendet, nachdem in der Zwischenzeit nochmals revidirt und der Gipsverband erneuert war.

Die Nachbehandlung hat vor allen Dingen auf die Erhaltung der verlangten Fussstellung und auf die Kräftigung der meist kümmerlichen Unterschenkelmusculatur Rücksicht zu nehmen. Erreicht wird dieses einmal durch Hineinlegen des Fusses mit dem Unterschenkel auch während der Nacht und Gehen in einer entsprechend construirten Schiene, sowie durch energische Massage der Unterschenkelmusculatur und der breiten Narbe und schliesslich methodisches Dehnen im Sinne des Redressements, also Herumbiegen der Ferse nach aussen, Streckung des inneren Fussrandes und kräftiges Flectiren des Fusses dorsalwärts. Massage und Dehnen wird den Eltern oder den Angehörigen der operirten Kinder gezeigt und von diesen täglich Morgens und Abends regelmässig mehrmals ausgeführt. Die Schiene ist nach folgenden Principien gearbeitet: Die Fussplatte ist genau nach der Fusssohle angefertigt und reicht besonders an ihrem Innenrande bis an das Metatarsophalangealgelenk der grossen Zehe. Hier trägt sie an der vordersten Kante einen hakenförmigen Fortsatz, welcher den ganzen Grosszehenballen bis auf die Streckseite umfasst; dadurch wird die Abduction des Fusses bewirkt. Am Aussenrande der Fussplatte ferner ist ein wenig stumpfwinklig eine Schiene, bis zum Condylus internus der Tibia hinaufreichend, angebracht, welche bei Geradstellung der Fusssohle mit ihrem oberen Ende vom Unterschenkel abhebelt, durch deren Heranbiegen also der Fuss erheblich pronirt wird. In der Höhe des natürlichen Fussgelenks befindet sich an dieser Schiene ein Charniergelenk, das jede seitliche Bewegung ausschliesst und ausserdem eine Hemmvorrichtung trägt zur Vermeidung einer grösseren Spitzfussstellung bei. Zur Unterstützung der Aussenschiene war auch noch eine Innenschiene angebracht, ohne einen erheblichen Einfluss auf die Fussstellung zu haben. Zur Befestigung diente eine Art Schnürschuh, welcher mit der Fussplatte verarbeitet war. Wie schon früher erwähnt, wurde auch in der Nacht der Fuss in diese Schiene gelegt; war sie direct mit einem Stiefel verbunden, so wurde für die Nacht eine nach dem übercorrigirten Fuss und Unterschenkel modellirte Filzschiene auf der Innenseite angewickelt. Diese ganze, eben beschriebene Nachbehandlung währte etwa 1 Jahr; dann konnte Massage und Dehnung gegebenen Falles noch fortgesetzt werden. Statt der Schiene bekamen die Kinder einen Stiefel, wo die Kappe am Innenrande des Fusses bis an's Metatarsophalangealgelenk reichte und die Fusssohle am Aussenrande doppelt, während sie innen einfach war, so dass auch jetzt noch eine Abductions- und leichte Pronationsstellung erreicht wurde. — Dass sich die durchschnittenen Sehnen und Muskeln in ausgedehntester Weise bei der Heilung wiederfinden, beweist das eine der operirten Kinder auf das Evidenteste, das alle Bewegungen, insbesondere Supination des Fusses und Flexion der grossen Zehe in normaler Weise ausführen kann. Ein anderer Fall, einen 9jährigen Knaben betreffend, hat trotz ausgiebigster Durchschneidung und mehrerer Gelenkseröffnungen kein ganz einwandfreies Resultat, in Folge der erheblichen Veränderungen am Talus und Calcaneus geliefert. Bei derartig vorgeschrittenen Skelettabnormitäten käme eben die Keilresection oder Enucleation eines Fusswurzelknochens in Betracht.

An der sich anschliessenden Discussion betheiligen sich die Herren Garrè und Joseph.

Herr Garrè bemerkt auf die Frage des Herrn Prahl bezüglich der Altersgrenze, bis zu der diese Operation angezeigt sei, dass nach seinen Erfahrungen der Klumpfuss der Erwachsenen mit starken Knochendeformitäten sich nicht zur Phelps'schen Operation eigne. Denn hier liegt das hauptsächlichste Hinderniss gegen das Redressement in der Knochendeformität, nicht aber in den Weichtheilen der inneren Fussseite. Bei Kindern freilich ist dieser Eingriff ein das Redressement wesentlich unterstützendes Moment, die weichen Fusswurzelknochen leisten dann relativ wenig Widerstand. Grosse Schwierigkeiten bereitet die Beseitigung der Innenrotation der Füsse. Es sei hier auf die neulich von Heussner (D. med. W. 1898, No. 33) empfohlene Spiraldrahtschiene hingewiesen, der in die Stiefelsohlen bei stark nach aussen rotirten Füssen eine mäanderartig gebogene Stahldrahtschiene einfügt, so dass es eines beträchtlichen Widerstandes bedarf, damit die Füsse in die innen rotirte Stellung zurückgehen. Des Nachts aber, während alle Muskeln erschlaffen, werden die Füsse in der Lage verharren, welche die erwähnte Feder den Schuhen aufzwingt.

Darauf demonstrirt Herr **Dobbertin** noch ein durch seine Grösse und Ursprungsstelle interessantes **Lipom**, welches von Plantarfett zwischen grosser und kleiner Zehe aus entstanden war.

Herr **Joseph** spricht sodann über einen interessanten Befund, der sich bei der **Exstirpation eines Schleimbeutels des M. semimembranosus** ergeben hat. Es fanden sich in demselben 35 Reiskörner von durchschnittlich über Erbsengrösse, welche Vortragender der Versammlung demonstrirt.

Tagesordnung:

Herr **Garrè: Ueber Echinococcenoperation nach Bobrow.**

Der Vortragende weist darauf hin, dass nur ganz ausnahmsweise ein Echinococcus der Abdominalorgane mitsammt der ihn umschliessenden Bindegewebshülle exstirpirt werden kann, was den unmittelbaren totalen Schluss der Laparotomiewunde erlaubt und damit eine rasche Heilung bedingt. Gewöhnlich bleibt z. B. beim Leberechinococcus eine grosse starre Höhle im Leberparenchym zurück, die nach bisherigem Usus tamponirt oder drainirt wurde. Nach Abstossung der bindegewebigen Kapsel unter profuser eitriger Secretion kam es dann zur Schrumpfung und langsamen Verödung der Höhle, ähnlich wie beim drainirten Empyem. Darüber aber vergingen, je nach Grösse und Starrwandigkeit der Höhle, lange Monate bis zu einem Jahre.

Es musste desshalb als ein wichtiger Fortschritt in der Behandlung der Echinococcenkrankeit begrüsst werden, als der Moskauer Chirurg Prof. Bobrow vor wenigen Monaten eine Methode bekannt gab, nach der es ihm in mehreren Fällen gelungen ist, selbst grosse Echinococcushöhlen in der Leber ohne Drainage, durch sofortigen Schluss durch die Naht in 3—4 Wochen zur dauernden Heilung zu bringen.

Bisher hat man es nicht gewagt, eine Leber nach Herausnahme des Echinococcus mit einer grossen klaffenden, oft 2 oder 3 faustgrossen Höhle ohne Drainage in die Bauchhöhle zu versenken. Man fürchtete die profuse Secretion aus dem Leberparenchym, der sich ja oft Galle in reichlicher Menge beimischt, die dem Peritoneum gefährlich werden könnte. Bobrow hat bewiesen, dass diese Sorge gegenstandslos ist. Unter strengster Asepsis hat er den eröffneten und von der Chitinhülle befreiten Echinococcensack mit sterilem Salzwasser ausgewaschen und den Sack, wenn angängig, nach Resection eines Theiles seiner Wand, mit fortlaufender Catgutnaht geschlossen und darüber die Laparotomiewunde in Etagen vernäht. Ohne irgend welche Reaction kam die Heilung zu Stande.

Garrè hat 3 mal Leberechinococcen nach dieser Bobrow'schen Methode operirt und ist mit dem Erfolg zufrieden.

Ein Patient wird geheilt vorgestellt, bei dem vor 5 Wochen ein ca. 2½ Liter fassender Echinococcensack des linken Leberlappens durch Schnitt entleert, die Sackwand partiell resecirt und der vernähte Rest in die Bauchhöhle versenkt wurde. Der Fall ist insofern noch von Interesse, als ein Echinococcus des rechten Leberlappens, vor ½ Jahr nach der Lunge perforirt, ausgehustet wurde.

Bei einem 2. Falle, wo 2 Echinococcen entleert wurden, war der Verlauf nicht so glatt. Die Lebernaht wurde an die Bauchwandnaht fixirt. Durch Stichcanaleiterung kam es zu einer fortgeleiteten Infection, wodurch ca. 3 Wochen lang serös-eitrige Flüssigkeit in ziemlicher Menge sich entleerte. Das gute Allgemeinbefinden der Patientin, das Fehlen aller peritonitischen Reizsymptome und die nur unbedeutende Temperatursteigerung machten die Eröffnung des Sackes nicht nöthig. Nach 6 Wochen konnte die Patientin entlassen werden.

Ein 3. Fall ist erst vor 9 Tagen operirt. Hier ist nur ein kleiner Theil des Sackes zurückgelassen worden, der vernäht und mit grossen abgelösten Lappenwänden der Leber überdeckt, tief in's Parenchym zu liegen kam. Bisheriger Verlauf reactionslos.

Der Vortragende bespricht des Weiteren die Möglichkeit der Recidive durch Zurückbleiben von Tochterblasen.

An der Discussion betheiligen sich die Herren A. und Th. Thierfelder und Garrè.

Herr Th. Thierfelder: Wenn sich in einer Leber, aus der ein Echinococcus entfernt worden ist, nach einiger Zeit wieder ein Echinococcus zeigt, so kann er als ein Recidiv nur angesehen werden, wenn er entweder in der Narbe des früheren, oder in deren unmittelbaren Nähe sitzt, und zwar letzteres auch nur unter der Voraussetzung, dass beim Austupfen der entleerten Höhle eine kleine Tochterblase durch die Bindegewebshülle hindurch in das angrenzende Leberparenchym hineingedrückt worden sei.

Physikalisch-medicinische Gesellschaft zu Würzburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 3. November 1898.

1. Herr J. Riedinger: Zur Entstehung der traumatischen Gelenkkörper des Kniegelenkes.

Trotzdem die neueren Autoren das Vorkommen der von König als Krankheitsbild aufgestellten Osteochondritis dissecans stark bezweifeln, ist in manchen Fällen eine Demarcation im Sinne von König wenigstens als wahrscheinlich anzunehmen. Eine Stielbildung und deutliche Einlagerung in Bindegewebe kann selbst, wie an einem Präparat gezeigt wird, bei Gelenkkörpern fehlen, welche viele Monate lang nach der Verletzung zum ersten Mal die Zeichen des Freiwerdens erkennen lassen. Entweder muss in solchen Fällen ein Demarcationsprocess in Folge einer unvollständigen Absprengung des Knorpels vorgelegen haben, oder es muss angenommen werden, dass eine Gelenkmaus verhältnissmässig längere Zeit ruhig im Gelenk verweilen kann, ohne eine feste Vereinigung mit der Gelenkkapsel einzugehen. Anderseits haben die Untersuchungen von Barth bewiesen, dass kein Gelenkkörper in der Lage ist, im Gelenkinnern ein selbständiges Dasein zu fristen, und es muss anerkannt werden, dass diese Untersuchungen wesentlich dazu beigetragen haben, der Lehre von den traumatischen Gelenkkörpern eine festere Begründung zu verleihen.

Ausser Barth haben in neuerer Zeit Schüller und Vollbrecht am meisten dazu beigetragen, die Zweifel an dem Vorkommen und an der Häufigkeit der traumatischen Gelenkmäuse zu beseitigen. Barth glaubte unter den Verletzungsursachen besonders die Wirkung der Bänder, Schüller die forcirten Bewegungen und Vollbrecht die Stauchung hervorheben zu sollen. Nach Ansicht des Vortragenden handelt es sich bei den indirecten Verletzungen, welche schwieriger als die directen zu deuten sind, ausschliesslich um Bewegungen unter abnormen Druckverhältnissen, wie sie schon bei Fixation der Patella auf den Condylen entstehen können.

Der Abriss des Ligamentum cruciatum posterius, welche nach Barth speciell in Betracht zu ziehen ist, könnte nur durch Verstärkung der Schlussrotation der Tibia in der Beugung zu Stande kommen. Soweit erfolgt die Beugung in der Regel aber nicht, dass es zu dieser Schlussrotation kommt. Sie kann nicht soweit erfolgen, wenn die Rotation gleich vom Anfang an die Beugung beherrscht, der Fuss also fixirt ist und der Körper beim Fallen eine Torsion im Kniegelenk vollführt. In 2 Fällen, welche zur operativen Behandlung kamen, ist der Mechanismus ein derartiger gewesen. Ehe es zu einer Bänderspannung kommt, tritt eine Muskelhemmung ein, welche bei forcirter passiver Beugung ohne Behinderung durch Torsion zum Bruch der Kniescheibe führt. Zudem ist die Befestigung des Ligam. cruciat. post. am Knochen eine viel zu starke, als dass nur hauptsächlich Knorpel abgerissen werden könnte und die Zugrichtung dieses Bandes ist für die Abreissung eines flachen Knorpelstückes eine sehr ungünstige.

In einem weiteren Falle, über den der Vortragende berichtet, kam die Absprengung eines Knorpelknochenstückes dadurch zu Stande, dass der Patient beim Heben eines schweren Steines versuchte, den stark nach innen rotirten Oberschenkel nach aussen zu rotiren, um gleichzeitig das Kniegelenk zu strecken. Die Patella stemmte sich hierbei gegen den oberen lateralen Winkel der Gelenkfläche des Oberschenkels an und die nun folgende Bewegung bewirkte die Absprengung. Letztere erfolgte somit an einer Stelle, welche höher liegt als jene, an welcher die Luxation der Patella nach aussen einzutreten pflegt. Der Mechanismus ist im Uebrigen der Gleiche. Das Röntgenbild des 18 Monate nach der Verletzung exstirpirten flachen Gelenkkörpers liess deutlich die feine netzförmige Structur der mitgerissenen Spongiosa erkennen. Nur die «Bruchstelle» war von einem dünnen bindegewebigen Belag bedeckt.

2. Herr G. Burkhard: Ueber cystische Eierstockstumoren endothelialer Natur.

In den letzten Jahren wurden von den sog. atromatogenen Neubildungen des Ovariums mit besonderem Interesse die zur Gruppe der Sarkome gehörigen Endotheliome und Peritheliome untersucht. Erstere gehen von den Endothelien der Blut- und Lymphgefässe, letztere von den Endothelien der die Blutgefässe umgebenden Lymphräume aus. Die Hohlräume in den Neubildungen werden von einschichtigem platten Endothel ausgekleidet, ihr Inhalt ist dünnflüssig, klar, oft auch haemorrhagisch verfärbt. Die festeren Partien dagegen enthalten carcinomähnliche Stränge und Nester. Daher sprach man früher von Alveolarsarkomen, obgleich die Elemente dieser Stränge nur Endothelien sind.

Von den in der Literatur bekannten Fällen bilden die meisten derartigen Geschwülste solide Tumoren, nur vereinzelte waren cystisch. Unter den vom Vortragenden beobachteten 4 Fällen waren 3 Endotheliome und 1 Peritheliom. Die klinische Diagnose hatte auf Cystom des Ovariums gelautet.

In den ersten 3 Fällen, die einander durchaus ähnlich waren, fanden sich bei den Patienten grosse polycystische Tumoren mit mehr oder weniger grossen Hohlräumen und mit theils porösen, theils markig erscheinenden Partien. Im Ausstrichpräparat wurden nur platte, höchstens cubische, theilweise verfettete Zellen festgestellt, niemals cylindrische oder flimmertragende. Im gehärteten Präparat bemerkte man sowohl in den grösseren wie kleineren Hohlräumen die Wandungen mit einschichtig angeordneten, platten Endothelzellen ausgekleidet, deren Kerne parallel zur Wand lagen und dem umgebenden Bindegewebe mittelbar aufsassen. Den Inhalt der Cysten bildete feinkörniges Gerinnsel.

Bei den markigen Partien fand sich dagegen eine mehrschichtige Wandauskleidung mit mehr cubischen Zellen. Das Innere der Hohlräume bot dadurch, dass dieselben mit Zellen vollständig ausgefüllt waren, ein carcinomähnliches Bild.

Der 4. Fall bietet mehr klinisches Interesse. Patientin zeigte bereits vor 3 Jahren eine Geschwulst, konnte sich aber erst, nachdem dieselbe ungeahnte Dimensionen erreicht und ihr das Gehen erschwert hatte — sonst waren keine Symptome aufgetreten — zu einer Operation entschliessen.

Der Umfang des Leibes betrug 149 cm. Der Tumor wog 93 Pfund. Die Operation wurde reactionslos vertragen und der Heilungsverlauf war ganz normal. Trotz der plötzlichen Herabsetzung des intraabdominalen Druckes traten keine Störungen der Herzthätigkeit ein.

Bei mikroskopischer Untersuchung zeigten sich zahlreiche Zellstränge, die sich in myxomatöses Gewebe auflösten. Einzelne Hohlräume waren mit scheinbar geschichtetem Pflasterepithel ausgekleidet, welches hier und da plötzlich in eine einfache Lage platter Endothelien überging. Andere Hohlräume wurden direct vom Bindegewebe begrenzt und hatten überhaupt keine eigene Wand.

Den beiden Geschwulstgruppen ist also die Entstehung aus Endothelien und die zahlreichen Cysten gemeinsam. Letztere sind in den jüngsten Partien noch mit einfacher Endothelschicht ausgekleidet, später aber sehen wir in den solideren Partien zwar auch noch Hohlräume, doch besteht die Wand aus einer Lage mehrfach geschichteter Zellen, welche Zellstränge und Nester, die das ganze Lumen ausfüllen können,

bilden und mit einem Carcinom leicht zu verwechseln sind. Dasselbe Verhalten findet sich auch bei den Metastasen.

Wiener Briefe.

(Eigener Bericht.)

Wien, 26. November 1898.

Das Regierungsjubiläum unseres Kaisers. — Resultate der Heilserumtherapie im Jahre 1897. — Haemorrhagische Myositis. — Haematomyelie. — Lungenmetastasen beim malignen Deciduom.

Das Regierungsjubiläum unseres Kaisers brachte auch zahlreichen Mitgliedern des ärztlichen Standes hohe Auszeichnungen in Form von Orden und Titeln. So erhielten den Orden der Eisernen Krone dritter Classe die Professoren Eduard Lang, Friedrich Schauta, Johann Horbaczewski-Prag und Karl Rabl-Prag; mehrere Spitalsärzte erhielten das Ritterkreuz des Franz-Josefs-Ordens; Professor Chiari-Prag, Prof. Spina-Prag, der Landesaugenarzt Dr. Schöbl wurden zu Hofräthen, der Director des Rudolfinerhauses Dr. Robert Gersuny, der Spitalsdirector Ullmann und der Professor Sanitätsrath Dr. Julius Mauthner wurden zu Regierungsräthen ernannt; mehreren Aerzten wurde der Titel eines kaiserl. Rathes resp. eines Oberbezirksarztes ertheilt.

In zahlreichen grösseren oder kleineren Gemeinden Oesterreichs wurden aus diesem Anlasse den Spitälern oder anderen Humanitätsanstalten (Blindeninstituten, Siechen- und Waisenhäusern etc.) von Privaten und von öffentlichen Anstalten (Sparcassen, Banken) ansehnliche Legate gespendet, resp. wurde der Grundstein zur Errichtung von neuen Spitälern etc. gelegt. Und so verdankt auch das österreichische Sanitätswesen dem glorreichen Gedenktage der Thronbesteigung unseres Monarchen eine intensive Förderung und Ausgestaltung, deren heilsamer Effect der Bevölkerung sehr bald bemerkbar werden wird.

Das officielle Organ des k. k. Obersten Sanitätsrathes veröffentlicht in seinen 2 jüngsten Nummern (24. November und 1. December 1898) einen ausführlichen Bericht über die Infectionskrankheiten in Oesterreich im Jahre 1897. Es zeigt sich, dass im Jahre 1897 eine Verminderung der Todesfälle in Folge von Infectionskrankheiten eingetreten ist, indem die Summe derselben um 17 Proc. unter jener im Jahre 1895 und um 12 Proc. unter jener im unmittelbaren Vorjahre bleibt.

Eine grössere Diphtherieepidemie gab es 1897 in Oesterreich nicht, die Zahl der angezeigten Fälle bleibt um nahezu 5000 unter jener des Vorjahres und damit stimmt die Abnahme der Zahl der in der Todesursachenstatistik verzeichneten Sterbefälle (— 4352) überein. Die allgemeine Letalitätsziffer (an Diphtherie) stellte sich etwas höher als im vorigen Jahre (29,6 gegen 28,9 Proc.), blieb aber bedeutend unter jener in den Jahren vor Einführung der Heilserumtherapie.

Von 31 784 Diphtheriekranken starben 9417, was einer Mortalität von 29,6 Proc. entspricht. Von den 11 740 mit Heilserum Behandelten starben 1819 = 15,5 Proc., von 20 044 ohne Serumbehandlung starben 7598 = 37,9 Proc. Mortalität. Das Heilserum kam in den verschiedenen Ländern sehr verschieden häufig in Anwendung, in Triest bei 90 (!), Istrien bei 75, Schlesien 66, Görz-Gradisca 58, Salzburg 52, Dalmatien 50, Bukowina 41, Vorarlberg 40, Mähren 39, Kärnthen 38, Oesterreich überhaupt 37, Niederösterreich 35 . . . . . in Galizien bei 16 (!) Proc. der Kranken, über welche die Nachweisungen vorliegen. Im Vorjahre waren 31,6 Proc. der Kranken mit Heilserum behandelt worden.

Der günstige Einfluss der Heilserumtherapie kommt in allen Ländern ausser Vorarlberg zum Ausdrucke. (In Vorarlberg starben mit Serumbehandlung 23,4, ohne Serum bloss 18,6 Proc.). Die Differenz der Letalitätsziffern für die mit und für die ohne Serum Behandelten schwankt aber zwischen 4,9 (Salzburg) und 55,1 Proc. (Bukowina), beträgt für Oesterreich 22,4 (1896: 21,9). Soweit der officielle Bericht.

Im Wiener medicin. Club demonstrirte Docent Dr. H. Schlesinger einen Fall von haemorrhagischer Myositis, der sich auf der Klinik Professor v. Schrötter's befindet. Seit December v. J. litt der 29 jähr. Kranke schon 2mal an sehr schmerzhaften Anschwellungen der rechten Wade, welche Haut und Musculatur gleichzeitig betraf; die Haut war röthlich verfärbt, stark oedematös, heiss, überaus druckempfindlich. Kein Fieber, keine bekannte veranlassende Ursache. Nach mehrwöchentlichem Bestande ging die Hautschwellung zurück, dagegen persistirte die den ganzen Gastrocnemius betreffende Schwellung. Nach einer Probeincision (kein Eiter!) erfolgte ein Rückgang der Beschwerden, jedoch ist der Mann noch arbeitsunfähig. Ausserdem leidet der Mann an anfallsweise auftretendem, äusserst stürmischem Herzklopfen mit Pulsarhythmien und Dyspnoe — ohne objectiven Befund am Herzen.

Bemerkenswerth ist das Ergebniss der Untersuchung des excidirten Muskelstückchens: Die Muskelfasern sind allenthalben durch Blut auseinander gedrängt, zum Theile selbst hochgradig verändert, indem sie ihre Querstreifung verloren haben; an einigen sieht man beginnende Längsstreifung, an anderen wieder wachsgelbe Degeneration, nicht selten leere Sarkolemmaschläuche, deren Vorhandensein auf Muskelrupturen hinweist. Ueberdies herdweise auftretende, sehr bedeutende Vermehrung der Muskelkerne und ebenso intensive Kernwucherung, während entzündliche Veränderungen der Gefässe fehlen. Vortragender diagnosticirt eine haemorrhagische Myositis und möchte die Herzstörungen auf eine Myositis des Herzmuskels beziehen, welche in den meisten bisher beobachteten Fällen von Polymyositis haemorrhagica ebenfalls vorhanden war, die hier bestehenden Varices könnten damit noch in einem ursächlichen Zusammenhange stehen.

In der Discussion wies Dr. G. Singer darauf hin, dass man es hier möglicher Weise mit einer septischen Myositis und einer geringen Endocarditis, die klinisch nicht leicht zu diagnosticiren sei, zu thun habe, wogegen Schlesinger darauf hinweist, dass der Fall 2 mal ganz fieberlos verlief, und dass seine histologischen Befunde mit den bisher bei haemorrhagischer Myositis erhobenen Befunden übereinstimmen.

Sodann zeigt Docent Dr. H. Schlesinger aus der Klinik Albert ein 11jähriges Mädchen mit angeborener Hüftgelenksluxation, bei welchem im Anschlusse an ein Redressement nach Lorenz eine Haematomyelie des Conus medullaris aufgetreten war. Unmittelbar nach dem Eingriffe (im Juli d. J.) traten ungemein heftige, in beide untere Extremitäten bis in die Füsse ausstrahlende Schmerzen auf, welche so unerträglich waren, dass das Kind fortwährend schrie und seine Schmerzen nur durch Narkotica einigermaassen gelindert werden konnten. Der Urin ging unwillkürlich ab, Stuhlverhaltung; der Abgang von Harn und Koth wird nicht gespürt. Sofort wurde auch eine vollständige Lähmung der Unterschenkelmusculatur beiderseits constatirt, stellenweise bestand auch Anaesthesie und Analgesie. Die ganze Gegend um das Genitale, das äussere Genitale selbst, die Analöffnung waren anaesthetisch. Diese Anaesthesie nahm in den nächsten Tagen noch zu, die Blasenstörung persistirte etwa einen Monat lang.

Gegenwärtig besteht fast complete Paralyse beider unterer Extremitäten, nur im Hüftgelenke sind leichte Beuge- und Rotationsbewegungen, im Kniegelenke geringere Bewegungen ausführbar. Die Haut der Unterschenkel und der Fussrücken oedematös. Sensibilitätsstörung bis zum unteren Drittel des Unterschenkels in voller Circumferenz, nach aufwärts bloss an der Rückseite der Schenkel. Das Kind kann den Urin 2—3 Stunden lang halten, spürt dessen Abgang; Patellar- und Achillessehnenreflex geschwunden, ebenso der Analreflex.

Die Laesion steht mit dem im Uebrigen segensreichen Eingriffe von Lorenz in directem Zusammenhange. Es wird dabei ein Zug auf den Nervus ischidiacus ausgeübt, welche zu schweren Veränderungen des Inhaltes des Wirbelcanales geführt hat. Das Vorhandensein einer partiellen Empfindungslähmung spricht für eine Laesion des Conus terminalis selbst, die Reizerscheinungen sprechen für eine Laesion der Wurzeln; wahrscheinlich handelt es sich hier um eine combinirte Affection, bei welcher es einerseits zu Blutungen in den Conus medullaris, eventuell mit consecutiver traumatischer Myelitis, anderseits zu Blutungen in den Wirbelcanal, vielleicht auch zu Zerreissungen einzelner Nervenwurzeln

gekommen war. Nervöse Folgeerscheinungen nach dem Lorenz'schen Eingriffe scheinen übrigens keineswegs selten zu sein, sie fordern zu genauerem Studium auf, um eventuell die Indicationen für den Eingriff festzustellen, resp. einzelne Fälle von diesem Redressement auszuschliessen.

In derselben Sitzung besprach Dr. L. Spitzer einen Fall von abnormer Hautpigmentirung, demonstrirte Dr. L. Ebstein ein Kind mit hereditär-luetischer Affection im Pharynx und Larynx, zeigte Dr. H. v. Schrötter einen nussgrossen, von der Tonsille ausgehenden Tumor, dessen mikroskopische Untersuchung noch aussteht. Sodann hielt Dr. Julius Neumann einen interessanten Vortrag mit Demonstration über Lungenmetastasen bei malignen Deciduom. Eine Frau, die ein lebendes Kind geboren hatte, litt später an andauernden Blutungen, wesshalb der Uterus wiederholt ausgekratzt wurde. Als N. die excochleirte Masse untersuchte, stellte er die Diagnose auf malignes Neugebilde. 4 Monate post partum wurde der Uterus exstirpirt, die Frau starb jedoch 2 1/2 Monate später an Metastasen. Zahlreiche, bis kleinapfelgrosse, kugelige Knoten in der Lunge, zum Theile oberflächlich, zum Theile in der Tiefe des Parenchyms sitzend; deren Farbe grauröthlich bis braunröthlich; einzelne Knoten sind im Centrum nekrotisch, andere eitrig eingeschmolzen. Neumann bespricht die Symptomatologie der Affection und ihre Diagnose, wobei er auf eigene Beobachtungen, sowie auf Angaben von Eiermann, Schmorl u. A. recurrirt. In den Anfangsstadien der Krankheit wird die Totalexstirpation des Uterus oft mit Erfolg ausgeführt.

N. erwähnte noch Folgendes: Während der Gravidität treten zuweilen ohne jede nachweisbare Ursache Lungenblutungen auf. Diese sind leicht und vorübergehend; weder Tuberculose noch Herzfehler sind für deren Entstehen zu eruiren. N. hat derartige Haemoptysen zweimal bei Blasenmole und sonst bei normaler Gravidität in den ersten Monaten bei vollständigem Wohlbefinden der Patientin gesehen. Nach einer Woche war die Haemoptoe wieder geschwunden und die Frauen blieben andauernd gesund. Es erscheint ihm nicht ausgeschlossen, dass es sich in solchen seltenen Fällen um embolische Infarcte handelt nach Verschleppung von placentaren Riesenzellen, wie sie Schmorl beschrieben hat.

Schliesslich demonstrirte Dr. Menzel einen Fall von Pemphigus der Schleimhäute ohne Mitbetheiligung der äusseren Haut und erstattete Dr. R. Kienböck einen weiteren Bericht über Röntgenbefunde bei Pyopneumothorax.

III. französischer Congress für Urologie.

Abgehalten zu Paris, vom 20. bis 22. October 1898.

Noquès bespricht seine Erfahrungen mit **Protargol** bei der **Gonorrhoetherapie.** Bei 28 Kranken hatte er 22 Heilungen und 6 Misserfolge; wegen der relativ häufigen Complicationen (4mal Orchitis und 2mal Prostatitis), welche bei den Spülungen mit Kal. permanganic. zu den Ausnahmen gehörten, und der mit diesen erzielten, länger anhaltenden Heilungen, gibt er jedoch der Spülmethode den Vorzug. Sollte aber aus irgend einem Grunde die letztere nicht ausführbar sein, so käme nur Protargol in Instillation oder Spülung in Betracht, da es noch alle anderen Mittel übertreffe.

Escat-Marseille wandte das Hg-Cyanid gegen Gonorrhoe an, dessen therapeutischen Werth er noch höher schätzt wie jenen von Kal. permang. und Protargol, trotz der unbestritten mit letzterem erzielten Resultate. Die antiseptische Wirkung dieser Hg-Verbindung kommt der von Sublimat gleich, jedoch statt 0,1—0,2 auf 1000 von letzterem kann man von der Cyanlösung progressiv 1,2—5 g auf 1000 anwenden und in Harnröhre und Blase 1 Liter dieser Lösung ohne irgend welchen Nachtheil gelangen lassen; das Mittel wird also nicht nur bei Gonorrhoe, sondern im Allgemeinen als Antisepticum des Harnapparates gute Dienste leisten. Monod wendet schon seit Langem das Hg-Oxycyanid und seit einem Jahr das Hg-Cyanid an, letzteres in der Lösung von 5 : 1000, womit jedoch auf Wunden oft sehr heftige Schmerzen erzeugt werden.

Jules Janet bespricht die von ihm eingeführten Modificationen von **Harnröhrensalben und -Suppositorien.** Zur Einfettung der Sonden, besonders wenn die Kranken sich selbst oft sondiren müssen und das Schmerzen macht, diene folgende Zusammensetzung: Lanolin 20,0, Ol. vaselin. 10,0, Natr. boric. 0,6. Zur Behandlung der Urethritis, einfacher frischer oder alter gonorrhoischer, wendet J. die cannellirten Sonden von Casper in dreierlei Modellen an und überzieht sie mit folgender Salbe: Lanolin 17,5, Glycerin 7,5, Natr. boric. 0,6, Zinc. oxyd. 2,0 für die einfache Urethritis, für die gonorrhoische wird noch Protargol 2 bis 5 Proc., Arg. nitr. 1—2 Proc., Acid. salicyl. 0,1—1,0 zugesetzt. Als Suppositorien verwendet J. kleine Hohlkegel aus Cacaobutter, welchen Jodoform 1/4 Proc., Protargol 2—5 Proc., Arg. nitr. 1 Proc. zugefügt und die vermittels eines besonderen Instrumentes (nach Mallez) bis zum Bulbus vorgeschoben werden können. Der noch zu wenig gewürdigte Vortheil der Salben und Suppositorien liegt darin, dass sie sehr sensible Harnröhren wenig reizen, tiefer in die Falten der Schleimhaut eindringen und lange Zeit mit derselben in Berührung bleiben.

Motz wandte 14 Mal die **Abortivbehandlung der Gonorrhoe** nach Janet an, 9 Mal hatte er rasche Heilung in ca. 8 Tagen, in 5 Fällen dauerte dieselbe im Mittel 33 Tage. Um das Weiterkriechen der Infection zu verhüten, unterzog er in weiteren neun Fällen beide Theile der Harnröhre den Spülungen und bei 7 Fällen trat die Heilung nach 9, bei 2 weiteren nach 14 Tagen im Mittel ein. Guiard macht schon seit Langem von Anfang an die Spülung der vorderen und hinteren Harnröhre und zwar mit schwachen Lösungen von Kal. hypermang. (1 : 10,000), welche eben so wirksam seien wie die starken.

Pasteau-Paris bespricht den **Katheterismus der Ureteren.** In den 140 Fällen, wo er sich desselben und des Cystoskops bediente, war niemals locale oder allgemeine Anaesthesie nothwendig; die Blase wurde mit 150 g Flüssigkeit beim Weibe, 200 g beim Manne angefüllt. In keinem der 140 Fälle entstand eine Secundärinfection, alle Patienten wurden ambulatorisch behandelt. Der Katheterismus der Ureteren leistet grosse Dienste zur Diagnose und Behandlung der verschiedensten Nieren- und Ureterenaffectionen. Henry Reynès-Marseille gebrauchte den Katheterismus der Ureteren 15 Mal bei 4 Kranken, wovon 3 mit Pyelonephritis, in einem Falle wurde Ausspülung der Nieren mit 0,5 proc. Sulfobenzoatlösung, einem vorzüglichen, nicht reizenden, weder Hände noch Instrumente schädigenden Antisepticum, gemacht und Besserung erzielt. Albarran hat an 6 Kranken mit Pyelonephritis die Ausspülung des Nierenbeckens vermittels des Ureterenkatheters gemacht, bei allen sind die Schmerzen verschwunden und der Urin ist viel klarer geworden. Anfangs wurde Borlösung, später Arg. nitr. 1 : 1000 gebraucht. Gewisse Fälle von hartnäckiger eiteriger Bacteriurie, glaubt A., können mit dem Katheterismus der Ureteren geheilt werden. Hoppe-Liège empfiehlt für diese Fälle, zuvor Salol in hoher Dosis (9 g per Tag) anzuwenden, die vesicale Bacteriurie heile immer mit Instillationen von Arg. nitr. Desnos erinnert daran, dass bei Infection mit hohem Fieber der Katheterismus von schweren Folgen begleitet sein kann, wie ihn ein tödlich verlaufener Fall lehrte, will jedoch den Werth der Methode nicht leugnen.

Bei der von **Malherbe**-Nantes eingeleiteten Discussion über die **Behandlung der Hydrocele** herrschte fast völlige Uebereinstimmung darüber, dass bei einfachen Fällen, also nicht bei complicirten, zweifelhaften oder sehr alten, die Punction mit nachfolgender Injection von reiner Jodtinctur (5 ccm) noch immer das Beste sei. Malherbe injicirt vor letzterer noch 5 ccm einer 2proc. Cocainlösung und wartet dann 5 Minuten; der Kranke kann nach 5—6 Tagen aufstehen und 8—14 Tage nach dem Eingriff der Arbeit nachgehen. Guiard verwendet statt Jodtinctur zur Injection seit 15 Jahren 1prom. Sublimatlösung und zwar bei einer grossen Zahl von Hydrocelen immer mit gleich gutem Erfolge. Noguès erwähnt sogar eines Falles, wo die Punction eine ungewöhnliche Art Flüssigkeit (mit zahlreichen Spermatozoen) ergab und trotzdem mit Jodtinctur, welche also auch bei Ausnahmefällen angezeigt sei, sehr rasche Heilung erzielt wurde.

Loumeau beschreibt eine ganz specielle Methode der **Circumcision nach Rebreyend,** deren Hauptprincip ist, von der Haut möglichst wenig und von der Schleimhaut (innerem Präputialblatt) möglichst viel zu opfern, d. h. zu reseciren.

Clado und **Motz** bringen jeder drei Fälle von **geheilter Blasentuberculose.** Letzterer könnte noch eine Reihe solcher Fälle anführen und glaubt, dass die Tuberculose der Blase zu den am leichtesten heilbaren Complicationen dieser Krankheit gehöre. Ohne bestehende Ulceration muss zuvor medicamentöse Therapie nach Clado versucht, aber bei Misserfolg Cystotomie und bei Ulceration noch Ausschabung und Kauterisation angeschlossen werden.

Motz berichtet über die **histologische Untersuchung von 87 Blasentumoren,**

Forgue-Montpellier über die **Ectopia vesicae** der Kinder und deren Operation,

Clado über die Cystoskopie beim Weibe **(Hysteroskopie),**

Legueu und **Héresco** über **retrovesicale Hydatidencyste,** Letzterer schliesslich über die **Varicocele als Symptom von Nierentumoren.**

Als Thema für den Congress von 1899 wurde festgesetzt: **Die sog. essentielle Haematurie.** (Nach La Médecine moderne.)

St.

Aus den italienischen medicinischen Gesellschaften.

Congress der italienischen Chirurgen in Turin

vom 4.—7. October 1898.

Zuccaro-Bari demonstrirt sein in diesen Blättern bereits erwähntes **Craniotom**. Daran schliesst sich an eine Discussion **über Craniotomie** und eine Demonstration der Wirkung des Instruments an der Leiche.

Ghillini spricht über **Wirbelresection** und **unblutiges Redressement des Gibbus** nach Calot.

Er hat 9 Pott'sche Kyphosen und 1 Fall von Rhachitis so behandelt; von den 9 Patienten verlor er einen am 13. Tage durch Ausbreitung des tuberculösen Processes, die übrigen 8 Fälle verliefen günstig. Bei Ankylose der Wirbel sei die Operation contraindicirt; eine Laminektomie sei nur ausnahmsweise nöthig bei Complicationen.

Carle-Turin berichtet über einen von ihm operirten Fall von **Tumor des Lobus frontalis.** Es handelte sich um eine ausgedehnte Operation mit bedeutender Blutung, gegen welche Tamponade angewandt werden musste. Es stellten sich paretische Erscheinungen der entgegengesetzten Seite ein, welche allmählich verschwanden. Interessant war, dass der Kranke, bei welchem partielle Demenz sich eingestellt, und der fast vollständig das Gedächtniss verloren hatte, wieder psychisch ganz normal wurde, mit vollständiger Erinnerungslosigkeit betreffs der Zeit, welche dem operativen Eingriff vorherging.

Durante hält die Parese, welche dem operativen Eingriff folgte, für abhängig von der Tamponade; sonst trete sie auch nach Wegnahme grosser Theile des Lobus frontalis nicht ein.

Der Einfluss der Tumoren des Lobus frontalis auf die intellectuellen Functionen und auf das Gedächtniss erklärt sich wahrscheinlich durch die grosse Ausdehnung des Tumors und der dadurch ausgeübten Compression auch auf den anderen Stirnlappen, sonst treten diese Erscheinungen bei einseitiger Erkrankung ohne grosse Ausdehnung nicht ein.

Ueber die Operation von **Cranium bifidum** und **Spina bifida** berichtet **Isnardi**-Turin. Von 3 Fällen der ersten und 3 Fällen der zweiten Art sah er 4 Heilungen und 2 Todesfälle; von letzteren einen durch Collaps und einen durch Meningitis.

2 Meningocelen heilten vorzüglich; eine, bei welcher später Hydrocephalus mit enormer Erweiterung aller Schädelnähte eintrat, zeigte bei der Autopsie die bei der Operation angelegte Naht nicht erweitert.

Einmal war bei Spina bifida eine Resection nach Kraske nöthig und dann eine Knochennaht der Oeffnung.

Der interessanteste Fall betraf ein Kind mit einem gestielten Tumor auf dem Vertex des Kopfes, grösser als der Kopf des Kindes selbst, welcher beim Einschnitt 200 g klarer Flüssigkeit entleerte. Im tieferen Theil der Geschwulst war ein Tumor, fest und von der Form eines Uterus mit breiten Ligamenten, gestielt; der Stiel ging in das Schädelinnere bis zum Corpus callosum; an der Wand der Tasche fanden sich in Form von Windungen Lappen von Nervensubstanz.

Das Gehirn dieses Kindes ist in jeder Beziehung normal geworden; desshalb glaubt I., dass es sich eher um einen wahren Tumor, um ein Gliom oder Teratom, als um eine Cerebralhernie gehandelt haben wird.

Ohne mikroskopische Untersuchung des entfernten Tumors ist diese Frage nicht zu entscheiden.

Aus den Beiträgen zur **Gastroenterostomie** erwähnen wir, dass **Porta**-Lonigo anstatt des Murphyknopfes ein elastisches Kautschukrohr als Einlage für die Naht anwendet, eine Modification, welche D'Antona für nicht neu und nicht brauchbar erklärt.

Tricomi empfiehlt **operativen Eingriff bei Magengeschwüren,** auch ohne dass dieselben zu Blutungen oder schweren Erscheinungen Veranlassung gegeben haben. Er will 21 Fälle operirt haben mit einem tödtlichen Ausgang und zieht als Operationsmethode der Pyloroplastik die Gastroenterostomie nach Roux vor.

Carle macht auf die Schwierigkeit einer sicheren Diagnose solcher Ulcera aufmerksam.

D'Antona-Neapel theilt einen Fall von Darmverschluss mit durch einen gestielten, um seine Achse gedrehten rundlichen Tumor voll von Blutgerinnseln. Die mikroskopische Untersuchung ergab Reste von Epithel und Schleimhaut, so dass der Vortragende glaubt, es handle sich um einen Tumor, welcher sich in einem Meckelschen Divertikel entwickelt habe.

Codevilla-Imola berichtet über 36 Operationen am Magen und Darm und empfiehlt bei dieser Gelegenheit für **Fälle von Duodenalulcera,** ein Knopfloch einzuschneiden in's Mesokolon bis zur Grösse von 10 cm, welches genüge, um den Darm zu übersehen. D'Antona hält eine genügende Uebersicht durch diese kleine Oeffnung nicht für möglich.

Jaia-Neapel berichtet über 21 Fälle von einfacher **Hernie des Wurmfortsatzes** und über 6 Fälle von eingeklemmter Hernie desselben.

Er hat bei den ersteren häufig chronische Follicularentzündung gefunden, so dass er es für rathsam hält, auch den nicht eingeklemmten Wurmfortsatz immer wegzunehmen. In diesen Fällen war der Colibacillus des Wurmfortsatzes entweder gar nicht oder sehr wenig virulent.

Bei den eingeklemmten Hernien handelt es sich nicht um nachträgliche Entzündung, sondern um wahre Einklemmung.

Ghedini-Rom empfiehlt bei **Prolapsus recti** nicht bloss die bisher geübte hintere Annähung, sondern auch die **seitliche an die Ligamenta sacro-ischiadica.**

Seganti-Fermo über **Shock** ist der Ansicht, dass dieser Begriff sehr einzuengen ist. Eine ganze Anzahl der unter dieser Rubrik aufgezählten Fälle seien acute Septicaemie oder Chloroformvergiftungen.

Carle empfiehlt zur **Entfernung von Gallensteinen** in der untersten Partie des Ductus choledochus das Einschneiden des Duodenums anstatt des Einschneidens des Gallengangs und die Entfernung der Niere auf diesem Wege. Er hat diese Methode geübt ohne zu wissen, dass Kocher und Pozzi sie auch angewandt haben.

Rizzo hat Experimentalversuche mit **Injectionen von normalem Urin in's Peritoneum gemacht** und gefunden, dass sie verhältnissmässig gut vertragen werden. Adhaesive Peritonitis soll nie auftreten und Vergiftungserscheinungen nur bei sehr hohen Dosen.

Di Vestea und **Maffucci**-Pisa haben sich mit Versuchen über **Serumtherapie gegen Tuberculose** beschäftigt.

Sie wollen niemals eine prophylaktische, modificirende oder curative Wirkung desselben gegen experimentelle Tuberculose gefunden haben. Es sei im Unterschiede gegen Diphtherie und gegen Tetanus bei der Tuberculose wie bei der Rabies ein Impfstoff nöthig, um den Widerstand gegen Tuberculose erst hervorzurufen und zu erhöhen.

D'Antona: Ueber Nierentumoren; ist für die Totalentfernung der Niere nicht nur bei infectiösen Tumoren, sondern auch bei der Calculose des Organs. Er führt seine Statistik an, gibt der Lumbalmethode bei der Nephrektomie den Vorzug und bei Eiteransammlungen der zweizeitigen Operation, damit man nicht so viel vom Organ zu entfernen brauche.

Eingehender berichtet er noch über drei Fälle, bei welchen die makroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um die specielle Form von Tumoren handelte, welche durch Einschlüsse von Nebennieren hervorgehen, in Wirklichkeit aber war der eine Tumor ein typisches Adenom, der andere ein Endotheliom und nur einer hatte den Nebennierentypus.

Alessandri-Rom theilt experimentelle Versuche mit, aus denen sich ergibt, dass die Niere nach **Unterbindung der Nierenvene** ihre normale Structur und ihre normale Function nach einiger Zeit wieder gewinnt, so dass sie sogar nach Entfernung der anderen Niere dann allein vicariirend functioniren kann.

Pascale-Neapel wies exper. an Hunden die **Wiederbildung einer männlichen Harnröhre** nach und die Möglichkeit der Bildung einer künstlichen Harnröhre. Die Regeneration erfolgt von dem zurückgebliebenen Härnröhrenstumpf aus. Deutlich nachzuweisen ist die Neubildung der Schleimhaut und des cavernösen Gewebes, nicht die der musculösen Schicht.

Fabiani-Neapel exstirpirte ein **cavernöses Angiom** am Arme eines Kindes und sah nach einiger Zeit ein Recidiv in Gestalt eines **Sarkoms.** F. glaubt, dass der Fall für die embrionale Theorie der Genese der Tumoren spricht, um so mehr, als die Mutter, Tante und Grossmutter des Kindes maligne Tumoren hatten.

Binaghi-Cagliari hat Fremdkörper, sterile wie nicht sterile, Thieren eingeführt unter die Haut, in Muskeln und Körperhöhlen. Er fand für die sterilen Körper, dass ihre Anwesenheit lange mit dem Leben des Thieres verträglich ist. Wenn sie, je nach ihrer Structur, für Leukocyten und organische Flüssigkeiten durchsetzbar sind, so haben sie das Bestreben, sich zu organisiren, wenn nicht, so kapseln sie sich ein und nur einige besondere haben die Tendenz zu wandern und wo möglich aus dem Körper herauszuwandern.

Salomoni-Messina bringt einen Beitrag zur **Lungenchirurgie.** Er hat nach Entfernung einiger Rippen eine Lungenspitze mit tuberculösen Cavernen resecirt und, wie es scheint, mit Erfolg.

Janni-Neapel hat in Bezug auf die **pathologisch-anatomische Structur der Varicen** mit der Thoma'schen Carminfärbung der elastischen Fasern nachgewiesen, dass es sich nicht um regressive Veränderung der Venenwand, bedingt durch ihre Ausdehnung, handelt, sondern oft um Neubildung elastischen Bindegewebes der Intima, in Form einer wahren Endophlebitis in Knoten oder Plaques. Oft tritt auch noch eine Neubildung von Bindegewebe in der Media hinzu. Diese Neubildungen haben nicht, wie sie ihnen Epstein zuschreibt, einen compensatorischen Charakter.

Martini-Siena theilt seine Thierexperimente mit über **Gastroenterostomie.** Er vereinigt die Ränder der Wundflächen des Magens und Darmes über kreisförmigen Knorpelplättchen, welche provisorisch durch Nadeln fixirt werden. Schon vom 3 Tage ab soll eine vollständige und sichere Communication zwischen Magen und Darm hergestellt sein.

Nigrisoli-Ravenna berichtet über 55 Fälle von **Echinococcenoperationen**, von denen 26 die Leber, 1 die Milz, 2 das Mesenterium, 4 die Nieren, 3 die Pleuren und Lungen betrafen, 7 waren über die Abdominalorgane verbreitet. Im Ganzen hatte N. 5 Todesfälle.

In den meisten Fällen geschah die einzeitige Operation, Resection der Cyste und Fixation an der Wand. Zweimal operirte N. nach der Billroth'schen Methode und nur bei kleinen Cysten führt er die Totalexcision aus.

Betagli-Rom theilt 2 Fälle mit von **Dermoidcysten des Ovariums.** Im 1. ergab die Untersuchung Gewebe, herrührend von allen 3 Keimblättern, im 2. hauptsächlich Theile vom äussern Keimblatt und von dem mittleren nur einen kleinen Knorpelring. In Rücksicht auf die verschiedenen Hypothesen über die Genese der Dermoidcysten liesse sich der 1. Fall als ovulären Ursprungs erklären, nicht aber der 2.; es dürften, so meint B., nicht alle Dermoidcysten nach einer Theorie zu erklären sein. (Gazzetta degli ospedali 1898, No. 125, 127.) Hager-Magdeburg-N.

Verschiedenes.

Summarische Uebersicht der im Prüfungsjahre 1897 in Bayern geprüften Candidaten der Medicin.

Candidaten der Medcin sind	Bei der ärztlichen Prüfungscommission					
	München		Würzburg		Erlangen	
	1897/98	1896/97*	1897/98	1896/97	1897/98	1896/97
I. Aus dem Vorjahre in die Prüfung eingetreten	83	56	96	106	49	46
II. Neu eingetreten . .	195	211	112	149	55	63
Zusammen	278	267	208	255	104	109
III. Hievon haben die Prüfung bestanden mit der Censur:						
«sehr gut» . . .	14	14	14	32	8	5
«gut»	135	126	60	81	27	38
«genügend» .	48	39	33	39	21	14
Zusammen	197	179	107	152	56	57
IV. Nicht bestanden, bzw. zurückgestellt, zurückgetreten oder mit Tod abgegangen . .	81	88	101	103	48	52

*) Zur Vergleichung sind die entsprechenden Zahlen aus dem Prüfungsjahre 1896/97 beigefügt.

Therapeutische Notizen.

Coryza syphilitica neonatorum. Im Journal de médecine de Paris vom 7. August 1898 wird zur Behandlung der Coryza der mit hereditärer Lues behafteten Säuglinge empfohlen, die Nasenlöcher mit folgender Salbe auszuwischen:

Rp.: Kalomel. 1,0
Vaselin.
Lanolin. āā 5,0
m. f. ung. F. L.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 6. December. Herr Geheimrath v. Pettenkofer hat sich den zur Feier seines 80. Geburtstages ihm zugedachten Ehrungen durch eine Reise nach dem Süden entzogen. So bestimmt war sein Wunsch, diesen Tag in vollkommener Zurückgezogenheit zu verleben, dass er selbst das Ziel seiner Reise nur seinen nächsten Bekannten mitgetheilt hat. Das freilich konnte er nicht verhindern, dass Freunde und Corporationen den Tag benutzten, um ihrer Verehrung für Pettenkofer auf's Neue Ausdruck zu geben. Zu diesen gehört vor Allen der Aerztliche Verein München, der die seltene Feier seines ältesten, berühmtesten und verdientesten Mitgliedes durch die Darbietung einer künstlerischen Ehrengabe, einer in Silber getriebenen Platte, zu begehen beschlossen hatte.

Die Platte hat, als Sinnbild der Lebensdecennien, eine achttheilige Form; an 4 Seiten befinden sich doppelt gewundene Schlangen als Henkel. Auf 8 Plaquets sind die Stätten der Wirksamkeit des Gefeierten dargestellt, als: Münzhof, Hofapotheke, Universität, Physiologisches und Hygienisches Institut, Akademie der Wissenschaften, ferner sein Geburtshaus und seine Villa in Seeshaupt. Zwischen diesen ovalen Plaquets sind in römischem Charakter wasserspendende Köpfe angebracht, die den Lebensquell in das Becken ergiessen. Als Mittelfeld finden wir Herakles, die Hydra bekämpfend, welche sich gleich der Seuche aus der Erde erheben will. Die Umschrift lautet:

«Dem Wohlthäter der Menschheit, Max von Pettenkofer, zum 3. December 1818—1898 gewidmet vom Aerztlichen Verein München»*).

Ausser dieser Festgabe nennen wir noch die von der medicinischen Facultät in Berlin gewidmete, kunstvoll ausgestattete Adresse. Das eine Blatt derselben zeigt in sinnreicher Composition die Gestalt der Hygiea am quellfrischen Wasser; vor ihr knieen ein kranker Fürst und ein schlichter Mann aus dem Volke; beide flehen die Göttin um Heilung ihrer Leiden an. Das zweite Blatt ist dem Text gewidmet, der die Grossthaten des gefeierten Hygienikers zusammenfasst und die innigen Wünsche der Facultät zum Ausdruck bringt.

— Der in No. 47 erwähnte Streit zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern, der sich aus dem Remscheider Aerztestreik entwickelt hatte, hat mit dem Siege der ersteren geendet. Die ausständigen Arbeiter haben ihre Arbeit wieder aufgenommen und der Gründung der projectirten Betriebskrankencasse steht nun nichts mehr im Wege. Für die Ortskrankencasse bedeutet das einen Verlust von etwa 1/5 ihrer 10 000 Mitglieder. Für die neuen Betriebskrankencassen wird die freie Arztwahl eingeführt werden, an der 18 Aerzte betheiligt sind.

— Der Ortsgesundheitsrath in Karlsruhe erlässt folgende Bekanntmachung: «Ein Dr. med. Hofbrückl in München, Bavariaring 33 (jetzt Bayerstr. 35), welcher sich Specialarzt für Lungenleiden nennt, empfiehlt durch Annoncen in der badischen Presse seine seit Jahren bewährte Methode zur Heilung noch nicht zu weit vorgeschrittenen Lungenleidens. Nach auswärts erfolgt die Behandlung brieflich bei genauer Angabe der Krankheitserscheinungen. Wer sich an Dr. Hofbrückl wendet, erhält neben einigen allgemeinen Diätvorschriften ein Medicinglas voll einer schwach röthlich fluorescirenden Flüssigkeit übersandt. Diese Flüssigkeit ergab sich bei der chemischen Untersuchung als eine röthlich gefärbte wässerige Lösung von Kreosot. Wegen des unerlaubten Verkaufs dieser Arzneimischung, die nur aus Apotheken bezogen werden darf, wurde Dr. Hofbrückl durch Erkenntniss des Königlichen Amtsgerichts München I vom 5 August d. Js. zu 100 Mk. Geldstrafe, eventuell zehn Tagen Haft verurtheilt. Dr. Hofbrückl erhebt für seine Kreosotlösung einschliesslich der Berathung 8 Mk. 85 Pf., während der Preis des Mittels nach der Arzneitaxe ca. 80 Pf. bis 1 Mk. betragen würde. Wir machen darauf aufmerksam, dass die Darreichung von Kreosot und ähnlichen Präparaten bei Lungenleiden keineswegs eine dem Dr. Hofbrückl eigene oder von ihm erfundene Methode darstellt, vielmehr ist dieselbe seit Jahren vielfach in der ärztlichen Praxis eingebürgert. Dass das Verfahren der ausschliesslich schriftlichen Berathung, weil leicht zu groben Missgriffen führend, von gewissenhaften Aerzten niemals geübt wird, haben wir wiederholt hervorgehoben. Wir warnen daher vor der Consultation des Dr. Hofbrückl.»

— In der 46. Jahreswoche, vom 13. bis 19. November 1898 hatten von deutschen Städten über 40,000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Freiburg i. B. mit 30,2, die geringste Lübeck mit 7,8 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Beuthen, Dessau, Lübeck, an Scharlach in Halle, Plauen, an Diphtherie u. Croup in Königshütte, an Unterleibstyphus in Brandenburg.

— Die interessanten Untersuchungen, welche Dr. Arthur Keller an der Universitätskinderklinik in Breslau über die Ernährung von magendarmkranken Säuglingen mit einer verbesserten Liebigsuppe angestellt und über welche er zuerst auf der Naturforscherversammlung in Düsseldorf berichtet hat, (ref. d. W. No. 42, S. 1357 u. No. 44, S. 1427) sind jetzt in einer Monographie (Malzsuppe, eine Nahrung für magendarmkranke Säuglinge. Wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Ernährungsversuche in der Klinik. Von Dr. Arthur Keller. Jena, G. Fischer. Preis 3 M.) ausführlich erschienen.

(Hochschulnachrichten.) **Göttingen.** Universitätsfrequenz: Gesammtzahl zum Hören der Vorlesungen Berechtigten 1269 (darunter 25 Damen); davon immatriculirt 1191. Theologische Facultät 136; juristische Fac. 349; medicinische Fac. 222; philosophische Fac. 484. — **Heidelberg** Dem Professor der Anatomie, Geheimrath Gegenbaur, brachten seine Hörer eine Ovation dar. Derselbe ist seit 25 Jahren an der hiesigen Universität thätig. — **Würzburg.** Für das Wintersemester sind 1343 Studirende immatriculirt, darunter 650 Mediciner.

Liverpool. Dr. H. Briggs wurde an Stelle des verstorbenen Professor Wallace zum Professor derGeburtshilfe u. Gynäkologie ernannt. — **Neapel.** Habilitirt: Dr. C. Maglieri für Hygiene. — **Ofen-Pest.** Habilitirt: Dr. L. Hattyasi für Zahnheilkunde. —

*) Die Platte wird vom 7. December ab im Local des ärztlichen Vereins (Altheimereck 20) für die Mitglieder ausgestellt werden.

Pavia. Habilitirt: Dr. Fr. Villa für Geburtshilfe und Gynäkologie. — **Turin.** Der a. o. Professor an der medicinischen Facultät zu Modena R. Fusari wurde an Stelle des verstorbenen M. Giacomini zum ordentlichen Professor der Anatomie ernannt.

(Berichtigung.) In No. 47 ist auf Seite 1501, Sp. 2, Z. 6 v. u. zu lesen: Atomgewicht statt Athemgewicht; ferner auf S. 1502, Sp. 2., Z. 13 v. o. iatrosophistisch statt intrasophistisch.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung: Dr. Karl Bayerer, appr. 1898, zu München.

Verzogen: Dr. K. H. Kohn von Schönwald (Oberfranken) nach Trulben (Pfalz). Dr. Paul Narr von Bamberg nach Triberg (bad. Schwarzwald).

Erledigt: Die Landgerichtsarztsstelle in Neuburg a. D. und die Bezirksarztsstelle I. Classe in Marktheidenfeld. Bewerber um dieselbe haben ihre vorschriftsmässig belegten Gesuche bei der ihnen vorgesetzten kgl. Regierung, Kammer des Innern, bis zum 14. December l. Js. einzureichen.

Ernannt: Seitens des Generalstabsarztes der Armee wurden die einjährig-freiwilligen Aerzte Dr. Franz Ketterl des 1. Feld-Art.-Reg. und Dr. Augustin Grohe des 4. Chev.-Reg. zu Unterärzten, ersterer im 8. Inf.-Reg., letzterer im 6. Inf.-Reg, ernannt beide mit Wahrnehmung offener Assistenzarztstelle beauftragt. Zum I. Assistenzarzte mit staatsdienerlichen Rechten an der Kreisirrenanstalt Bayreuth der bisher mit dieser Function widerruflich betraute Dr. Joseph Fritz.

Befördert: zu Stabsärzten in der Reserve die Oberärzte Dr. Klemens Weber (Landshut), Dr. Karl Kiefer (Nürnberg), Dr. Albert Bootz (Würzburg), Dr. Friedrich Krämer (Aschaffenburg), Dr. Alfred Prinzing (Bayreuth) und Dr. Otto Hartenfeld (Ludwigshafen); in der Landwehr 1. Aufgebots die Oberärzte Dr. Friedrich Steinheil und Dr. Karl Vogt (I. München), Dr. August Schelle (Kempten), Dr. Adolf Baumann (Ansbach), Dr. Wilhelm Wagner (Kaiserslautern) und Dr. Gustav Sacki (Landau); zu Assistenzärzten in der Reserve die Unterärzte Dr. Rudolf Schneider, Ludwig Hauser, Heinrich Wittich und Dr. Ernst Prätorius (I. München), Dr. Friedrich Jamin und Dr. Severin Pniower (Würzburg), Dr. Friedrich Nüsslein (Hof).

Abschied bewilligt: Dem Stabsarzt August Niebling (Straubing), diesem mit der Erlaubsniss zum Tragen der Uniform mit den für Verabschiedete vorgeschriebenen Abzeichen, und dem Oberarzt Alois Martin (Bamberg) von der Landwehr 1. Aufgebots; dem Stabsarzt Konrad Schweizer (Landau) und dem Oberarzt Dr. Reinhold Wulschner (Bamberg) von der Landwehr 2. Aufgebots.

Gestorben: Dr. Edmund Dubois in München, 45 Jahre alt. — Dr. Anton Spengler, k. Hofrath in Rosenheim, 70 Jahre alt.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 47. **Jahreswoche** vom 20. bis 26. November 1898.

Betheil. Aerzte 426. — Brechdurchfall 15 (15*), Diphtherie Croup 28 (20), Erysipelas 12 (10), Intermittens, Neuralgia interm. 2 (1), Kindbettfieber — (—), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 2 (2), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 9 (9), Parotitis epidem. 4 (2), Pneumonia crouposa 15 (9), Pyaemie, Septicaemie 2 (1), Rheumatismus art. ac. 22 (21), Ruhr (dysenteria) 1 (—), Scarlatina 21 (6), Tussis convulsiva 41 (31), Typhus abdominalis 3 (2) Varicellen 49 (27), Variola, Variolois — (—). Summa 226 (156).

Kgl. Bezirksarzt Dr. Müller.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 47. Jahreswoche vom 20. bis 26. November 1898.

Bevölkerungszahl: 430 000.

Todesursachen: Masern — (—*), Scharlach — (1), Diphtherie und Croup 4 (—), Rothlauf — (—), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyaemie) — (—), Brechdurchfall — (1), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten 3 (2), Croupöse Lungenentzündung 1 (1), Tuberculose a) der Lungen 20 (26), b) der übrigen Organe 7 (4), Acuter Gelenkrheumatismus 1 (1), andere übertragbare Krankheiten — (—), Unglücksfälle 1 (1), Selbstmord — (1), Tod durch fremde Hand — (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 178 (174), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 21,5 (21,0), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 13,5 (12,1), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 11,6 (11,3).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern: September[1]) und October 1898.

Regierungsbezirke bezw. Städte mit über 30,000 Einwohnern	Brechdurchfall		Diphtherie, Croup		Erysipelas		Intermittens, Neuralgia int.		Kindbettfieber		Meningitis cerebrospin.		Morbilli		Ophthalmo-Blennorrh. neonator.		Parotitis epidemica		Pneumonia crouposa		Pyaemie, Septicaemie		Rheumatismus art. ac.		Ruhr (dysenteria)		Scarlatina		Tussis convulsiva		Typhus abdominalis		Varicellen		Variola, Variolois		Zahl der Aerzte überhaupt	Zahl der betheilig. Aerzte
	S.	O.	S.	O.	S.	O.	S.	O.	S.	O	S	O	S.	O.	S.	O	S.	O.	S.	O.	S.	O.	S.	O.	S.	O.	S.	O.	S.	O.	S.	O.	S.	O.	S.	O.	O.
Oberbayern	796	326	175	256	98	107	16	15	6	12	—	7	65	206	42	30	20	16	129	138	10	9	146	177	10	2	99	117	320	191	17	24	27	85	—	—	833	523
Niederbay.	215	123	40	76	55	56	16	18	3	5	—	1	43	136	4	3	3	3	56	103	7	7	60	66	4	2	7	14	42	35	6	11	6	—	—	—	186	102
Pfalz	714	151	75	102	25	37	7	7	9	7	1	1	230	229	5	—	9	9	90	120	3	1	34	57	3	1	23	19	216	150	54	77	4	9	—	—	280	114
Oberpfalz	232	107	35	61	21	29	7	6	1	4	1	1	5	4	3	3	—	—	51	78	1	1	34	53	—	—	13	59	49	44	2	7	—	5	—	—	150	84
Oberfrank.	233	97	83	127	30	38	5	3	5	4	1	—	54	80	2	1	70	1	88	81	—	2	34	38	3	2	81	46	102	73	7	4	6	14	—	—	182	105
Mittelfrank.	1419	230	117	192	57	78	10	5	7	5	3	3	5	3	2	4	11	8	162	173	3	6	80	76	1	1	81	94	116	70	56	33	11	50	—	—	328	220
Unterfrank.	284	92	37	81	15	12	1	—	5	1	1	2	12	18	1	3	2	—	48	65	—	—	27	12	—	—	8	23	51	44	40	40	7	7	—	—	304	124
Schwaben	504	208	57	144	39	68	7	8	3	6	2	—	9	11	4	4	6	6	89	86	3	4	60	77	2	—	16	16	54	41	12	25	3	28	—	—	285	202
Summe	4397	1334	619	1039	340	425	69	62	39	44	9	15	423	687	63	48	121	43	713	844	27	30	475	556	23	8	328	388	950	648	194	221	64	198	—	—	2548	1474 [2])
Augsburg[2])	110	31	12	18	7	14	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	2	—	15	15	—	—	19	19	—	—	8	7	2	3	1	2	3	13	—	—	61	58
Bamberg	43	19	3	12	2	4	3	2	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	2	2	—	—	3	3	1	—	6	1	—	6	2	1	—	—	—	—	36	15
Fürth	24	10	5	5	8	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	10	7	1	—	4	5	—	—	—	3	3	11	1	—	3	7	—	.	28	10
Kaiserslaut.	24	9	3	16	1	3	1	—	3	3	—	—	—	—	—	—	—	1	5	12	—	—	3	5	—	—	—	—	19	7	2	3	—	—	—	—	20	7
Ludwigshaf.	41	15	7	7	—	4	1	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	6	7	—	—	7	3	—	—	6	6	11	12	6	4	—	—	—	—	18	7
München[3])	266	73	83	96	38	48	1	3	3	5	—	—	12	27	37	22	5	5	27	37	5	1	68	77	1	1	76	99	126	90	12	11	17	73	—	—	497	426
Nürnberg	919	92	55	87	26	32	3	1	2	2	1	1	4	3	—	1	4	2	36	48	—	—	46	30	—	—	42	30	82	47	33	19	7	28	—	—	119	110
Regensburg	64	29	15	13	4	11	3	3	1	1	1	—	4	—	—	1	—	—	7	16	—	—	7	17	—	—	3	3	30	28	—	1	—	4	—	—	40	35
Würzburg	82	30	7	21	4	3	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	8	11	—	—	5	4	—	—	3	5	6	6	8	8	5	2	—	—	83	30

Bevölkerungsziffern: Oberbayern 1,186,950, Niederbayern 673,523, Pfalz 765,991, Oberpfalz 546,834, Oberfranken 586,061, Mittelfranken 737,181, Unterfranken 632,588, Schwaben 689,416. — Augsburg 81,896, Bamberg 38,940, Fürth 46,726, Kaiserslautern 40,828, Ludwigshafen 39,799, München 407,307, Nürnberg 162,386, Regensburg 41,471, Würzburg 68,747.

Einsendungen fehlen aus den Aemtern Bruck, Ingolstadt, Pfaffenhofen, Rosenheim, Dingolfing, Grafenau, Griesbach, Landshut, Neunburg v. W., Hof, Stadtsteinach, Dinkelsbühl, Neustadt a. A., Rothenburg a. T., Gerolzhofen, Lohr, Mellrichstadt und Obernburg.

Höhere Erkrankungszahlen (ausser von obigen Städten) werden gemeldet aus folgenden Aemtern bezw. Orten:

Brechdurchfall: Je 36 Fälle in den Aemtern Miesbach (in der Praxis eines Arztes) und München II.

Diphtherie, Croup: Schulschluss wegen mehrerer, zum Theile schwerer Fälle in Lechsend (Donauwörth), kleine Epidemie in Burtenbach (Günzburg), Stadt- und Landbezirk Forchheim 46, Aemter München II 64 (hievon 54 im ärztl. Bezirk Wolfratshausen), Pirmasens 23 (häufiges Auftreten in Ludwigswinkel), ärztl. Bezirke Murnau (Weilheim) 24, Breitenbrunn (Parsberg) 17, Gde. Löpsingen (Nördlingen) 15 beh. Fälle.

Morbilli: Epidemisches Auftreten in beiden Amtsgerichten des Amtes Altötting — 170 gemeldete Fälle, sowie in der Stadt Pirmasens — 119 Fälle; grössere Zahl von Erkrankungen in einer Ortschaft des Amtes Füssen; Stadt- und Landbezirk Bayreuth 72, Aemter Vilsbiburg 97, Bergzabern und Zweibrücken je 42 beh. Fälle.

Scarlatina: Stadt Schwabach 25, Stadt- und Landbezirk Amberg 30, ärztl. Bezirke Arzberg (Wunsiedel) 20, Hemau 14 beh. Fälle; gehäufte Erkrankungen auch im A.-G.-B. Greding (Hilpoltstein).

Tussis convulsiva: Fortsetzung der Epidemie in Günzburg, Abnahme in Cham; epidemisches Auftreten ferner in Krimbach (Kusel) und unter den nicht schulpflichtigen Kindern in Niedermirsberg (Ebermannstadt); Bez.-Amt München II 29 beh. Fälle.

Typhus abdominalis: Weitere Fälle im Anschluss an frühere Erkrankungen in Bischofsheim v. d. Rh. (Neustadt a. S.) 9, Stadt Schweinfurt 8, im Wernthal (Karlstadt) 6 (hievon 5 in Thüngen), Kinsau (Schongau) und Etschberg (Kusel) je 3, im Amte Landau i. Pf. 13 (hievon 5 in Grossfischlingen, 4 in Landau); ferner je 5 im Amte Erding und in Reichenschwand (Hersbruck), 4 im ärztl. Bezirk Wolfratshausen (München II), 8 im Stadt- und Landbezirke Kempten.

Influenza: Stadt Augsburg 36, ärztl. Bezirk Furth i. W. (Cham) 17 und Zirndorf (Fürth) 13 beh. Fälle; ärztl. Bezirk Rott a. I (Wasserburg) mehrere Erkrankungen mit hervorragender Betheiligung des Rückenmarks und seiner Adnexe; ferner mehr oder minder zahlreiche Fälle in den Stadt- und Landbezirken Bamberg, Ansbach, Forchheim, Fürth, Nürnberg und den Aemtern Berchtesgaden, Laufen, Roding.

Im Interesse möglichster Vollständigkeit der Statistik und zur Ermöglichung rechtzeitiger Veröffentlichung der Zusammenstellung für das Jahr 1898 wird dringend ersucht, allenfalls bisher noch nicht angemeldete Fälle aus früheren Monaten im Laufe des Monats December, längstens aber bis 15. Januar 1899, ausgeschieden nach Monaten, nachträglich zur Anzeige bringen zu wollen.

☛ **Portofreie Postkartenformulare für vorliegende Statistik sind durch die zuständigen Herren k. Bezirksärzte zu erhalten, welche sich im Bedarfsfalle unter Angabe der Zahl der sich betheiligenden Aerzte an das K. Statistische Bureau wenden wollen.**

[1]) Einschliesslich einiger seit der letzten Veröffentlichung (No. 44) eingelaufener Nachträge. — [2]) Im Monat September 1898 einschliesslich der Nachträge 1540. (, 36. mit 39. bezw. 40. mit 43. Jahreswoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.